

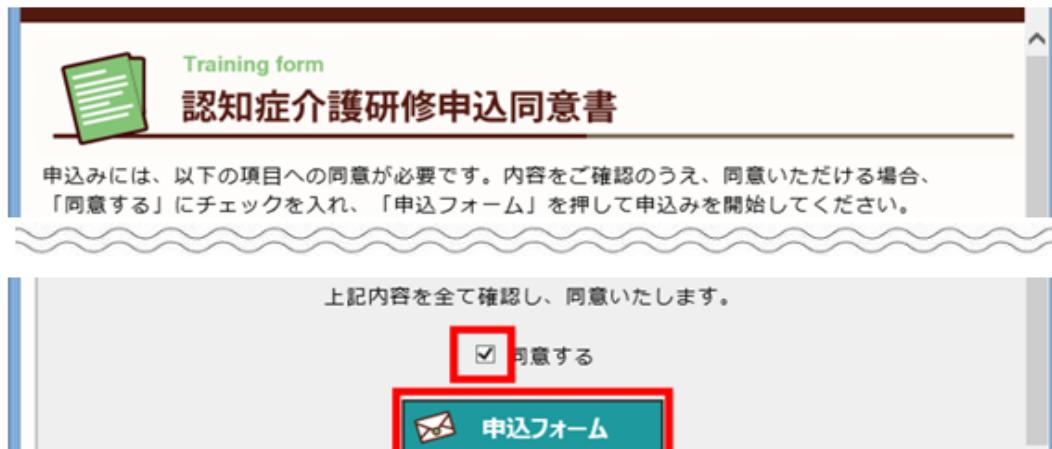
申込フォームから送信方法

1. 「申込フォーム」をクリック。

※申込期間以外は、クリックしても申込みは出来ません。

2. 認知症介護研修申込への同意。

必ず実施要項等を確認のうえ、同意いただける場合は「同意する」にチェックを入れ、「申込フォーム」を押して、申込みへ進んでください。



Training form

認知症介護研修申込同意書

申込みには、以下の項目への同意が必要です。内容をご確認のうえ、同意いただける場合、「同意する」にチェックを入れ、「申込フォーム」を押して申込みを開始してください。

上記内容を全て確認し、同意いたします。

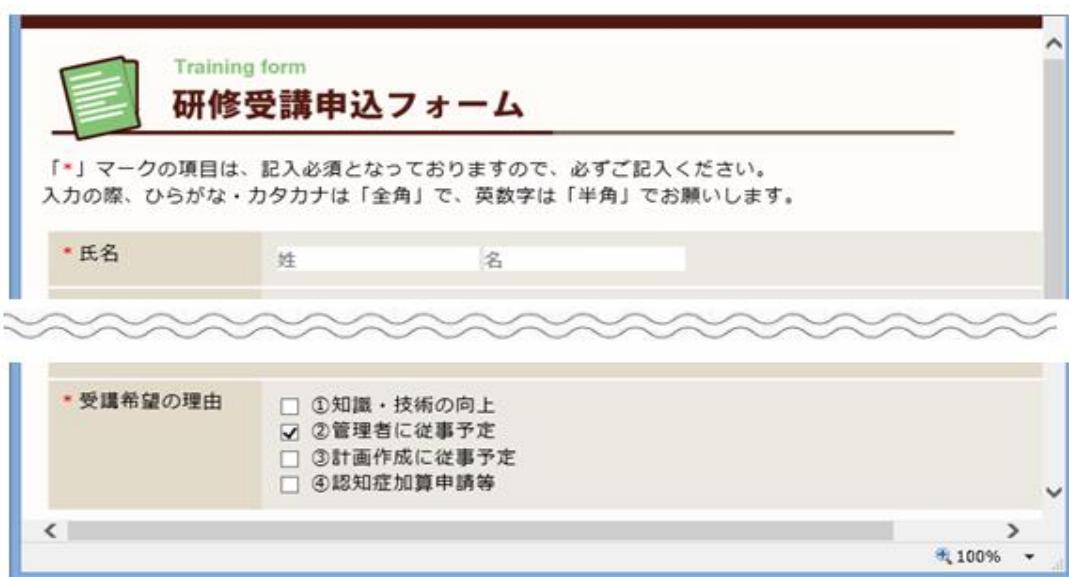
同意する

 **申込フォーム**

3. 申込フォームの入力

申込みに必要な情報を入力してください。「*」がついている項目、は必須事項です。

全ての項目入力後、最下部の「確認画面へ」をクリックし、ご自身が入力した内容を確認ください。



Training form

研修受講申込フォーム

「*」マークの項目は、記入必須となっておりますので、必ずご記入ください。
入力の際、ひらがな・カタカナは「全角」で、英数字は「半角」でお願いします。

* 氏名 姓 名

* 受講希望の理由

- ①知識・技術の向上
- ②管理者に従事予定
- ③計画作成に従事予定
- ④認知症加算申請等

100%

受講希望の理由に、以下の内容を選択されている場合は、市町からの推薦状を発行いただけます。

〈認知症介護実践研修（実践者研修）〉

- ・管理者に従事予定
- ・計画作成担当者に従事予定

〈認知症介護実践研修（実践リーダー研修）〉

- ・認知症対応型共同生活介護における短期利用のための要件

予め推薦状をデジタル撮影した上で「参照…」をクリックして、画像ファイルを選択してください。（画像ファイルは最大3MB程度）

* 受講希望の理由		<input type="checkbox"/> ①知識・技術の向上 <input checked="" type="checkbox"/> ②管理者に従事予定 <input type="checkbox"/> ③計画作成に従事予定 <input type="checkbox"/> ④認知症加算申請等
受講希望の理由 ②・③にチェックを入れた方のみ		
* 開設予定日:	* 開設予定日: <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	
* 従事（予定）事業所名	※変更がない場合は、事業所名（現勤務先）を記入してください	
* 従事（予定）事業所サービス種別	<input type="checkbox"/> A共同生活介護 <input type="checkbox"/> B小規模多機能 <input type="checkbox"/> C看護小規模 <input type="checkbox"/> D通所介護	
* 推薦状	ファイルを選択	<input type="button" value="参照…"/>
送信できる画像データは最大3MB程度です		
<input type="button" value="確認画面へ"/>		

※例として示しております、上記申込フォームは、実践者研修のものです。

実践リーダー研修とは異なりますので、ご注意ください。

4.送信

確認画面で確認後、「送信」をクリックしてください。以下の画面が出ると送信完了です。

Training form

研修受講申込フォーム

送信完了
ご利用ありがとうございました。
メール送信は正常に完了しました。

※ 送信した内容は、申込フォームにて入力したメールアドレスに届きます。送られてきた内容は、送信確認の証明となりますので、必ず保管しておいてください。