別紙様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（認知症介護研究･研修東京センター）

写真貼

認知症介護指導者フォローアップ研修受講申込書

募集要項の趣旨を理解し、研修を受講したく、下記のとおり申込みます。

　　　　令和５年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | 性別 | 男　　　　　女 | | | | |
| 氏　名 |  | | | | | | 生年月日（年齢） | 昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） | | | | |
| 職場 | 法人種別 | |  | | | | サービス種別 |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | フリガナ |  | | | | |
| 法人名 | |  | | | | 施設・事業所名 |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | |
| 電話 | |  | | | | FAX |  | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | |
| 連絡先  （職場以外） | フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | |
| 電話 | |  | | | FAX | |  | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | |
| 主　な　資格（登録番号） | | | | | | | 職位名 | 管理職 | | 管理職以外 | | |
| １　医師（　　　　　　　　　　　）  ２　保健師（　　　　　　 　　　）  ３　助産師（　　　　　　　　 　）  ４　看護師（　　　　　　　　　 ）  ５　准看護師（　　　　　　　 ）  ６　理学療法士（　　　　　　　）  ７　作業療法士（　　　　　　　）  ８　社会福祉士（　　　　　　　） | | | | ９ 介護福祉士（　　　　　　　）  10　言語聴覚士（　　　　　　　）  11　精神保健福祉士（　　　　）  12　介護支援専門員（　　　　）  13　その他 | | | 組織経営 |  | |  | | |
| 介護部門 |  | |  | | |
| 看護部門 |  | |  | | |
| リハビリ部門 |  | |  | | |
| 相談員 |  | |  | | |
| 介護支援専門員 |  | |  | | |
| 医師 |  | |  | | |
| その他 |  | |  | | |
| 健康状況 | 良好　・　加療中（　服薬中　）　・　加療中（　経過観察中　）＊当てはまるものに○ | | | | | | | | | | | |
| 認知症介護指導者養成研修受講歴　　平成　・　令和　　　年度　第　　　回　（第　　　期）修了生 | | | | | | | | | | | | |
| 主な職歴　（サービス種別・職場名・職位名・期間を新しいものから書く） | | | | | | | | | | | | 総介護実務年数 |
| １ | | | | | | | | | | | | 年 |
| ２ | | | | | | | | | | | |
| ３ | | | | | | | | | | | |
| 講師として関与した認知症介護に関する研修名及び担当科目名 | | | | | | | | | | | | |
| 開催年月 | | 研修名 | | | 担当科目名 | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |
| 研修受講希望理由 | | | | | | | | | 受講希望回（○を付ける） | | | |
|  | | | | | | | | | 第１希望 | | 第　１　・　２　回 | |
| 第２希望 | | 第　１　・　２　回 | |