

DCM研修上級コース受講申込書

写真貼付欄
(3.0×2.5cm)

受講歴	基礎()期 平成()年度修了							
	8版バージョンアップ研修(受講済 ・ 未受講)							
フリガナ		生年 月日	西暦 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女	
氏名								
フリガナ								
自宅住所	〒							
自宅連絡先	電話番号						携帯番号	
フリガナ						サービス種別		
職場名								
フリガナ						職種及び職位		
職場住所	〒							
職場連絡先	電話番号				FAX番号			
健康状態				書類送付先	自宅 ・ 勤務先			
宿泊希望	有 ・ 無			連絡方法	①			
駐車希望	有 ・ 無				②			
Eメール アドレス	(自宅 勤務先)							
主 な マ ッ ピ ン グ 経 験								
	場 所			時間数		人数		
①								
②								
③								
主 な 資 格								
研 修 受 講 希 望 理 由								

上記のとおり申し込みます

年 月 日

氏名 _____ (印)

「DCM研修上級コース申込書」 記入要領

1. 様式右上欄外に**申込日前3か月以内**の受講希望者の写真を貼付して下さい（3.0×2.5cm程度）。
又、**同じ写真を1枚同封して下さい**。（裏面にご記名下さい）ただし、**クリップで留めない**でください
2. 受講歴欄は、基礎研修の修了期と実施年度を、8版バージョンアップ研修はどちらかに○をつけて下さい。
3. 氏名・自宅住所・職場名・職場住所には**フリガナ**をつけて下さい。
また、所属部署・学部名等も記載してください。 例：〇〇法人 〇〇〇 〇〇課 など
4. サービス種別欄は、施設・事業所のサービス種別をお書きください。
職種および職位名欄には、職種をご記入下さい。職位があれば同じ欄にお書き下さい。
職種を兼務しているものがある場合は、主な職種を1つだけお書きください。
*下記を参考にしてください。

職種および職位の例

	職種	職位
組織経営	管理者	理事長・理事・施設長・副施設長など
介護部門	介護福祉士・社会福祉士・ホームヘルパー・など	介護長・介護主任・フロアリーダー・副主任・ユニットリーダーなど
看護部門	保健師・助産師・看護師など	総看護師長・看護部長・師長・看護主任など
リハビリ部門	理学療法士・作業療法士など	リハビリ科科長・リハビリ主任・リハビリ部門責任者など
相談員	生活相談員	主任生活相談員
介護支援専門員	介護支援専門員	主任介護支援専門員・計画作成担当者など
医師	医師	病院長・医院長・医長など
教育関係	教員	教授・准教授など

5. (1) 宿泊希望欄については、センター内の宿泊施設での宿泊希望の有無を丸印で記入して下さい。
(2) 駐車希望欄については、センター内の駐車場での駐車希望の有無を丸印で記入して下さい。
なお、希望にそえない場合には速やかにご連絡いたしますのでご了承ください。
6. 書類送付先には、ご案内状・認定書等の書類の送付希望先（自宅又は勤務先）を丸印で記入してください。
7. 連絡方法には、大府センターから連絡させていただく際に希望されるものを第①候補・第②候補まで記入してください。
(例：①自宅電話②自宅Eメールアドレス、 ①勤務先電話②自宅電話、など)
8. Eメールアドレス欄は、自宅アドレス又は勤務先アドレス（連絡可能なもの）を記入して下さい。
9. 主なマッピング経験欄は、直近時から3か所程記入して下さい。
記入の目安として、5名以上の参加者に対して6時間程度のマッピング
10. 研修受講希望理由欄は、申し込んだ動機や受講希望者の特に強調したい認知症介護に関する考え方等を簡潔に記入して下さい。