

写真貼
付欄

認知症介護指導者フォローアップ研修受講申込書

| | | | | | |
|---|--|--|-------------|--------------|------------|
| フリガナ 氏名 | | | 性別 | 男 | 女 |
| | | | 生年月日(年齢) | 西暦 | 年 月 日 (歳) |
| フリガナ 自宅住所 | 〒 | | 自宅電話 | | |
| | | | F A X | | |
| | | | E-mail | | |
| 職 場 名 | 法人種別 | | サービス種別 | | |
| | フリガナ 法人名 | | フリガナ 職場名 | | |
| フリガナ 職場住所 | 〒 | | | | |
| 電話(職場) | | | F A X(職場) | | |
| E-mail(職場) | | | | | |
| 主 な 資 格 (当てはまる番号すべてに○) | | | 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 | | |
| その他の職位 (他の職位を兼務している場合、主要な兼務の「サービス種別」「職場名」「職位」を記入する) | | | | | |
| | | | | | |
| 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○ | | | | |
| 指導者養成研修受講歴 | 東京センター 平成()年度 第()回 修了生 ()都・県・市 指導者 | | | | |
| 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) | | | | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 講師として関与した(関与する予定も含む)認知症介護に関する主な研修名及び担当科目名 | | | | | |
| 開催年月日 | 研 修 名 | | | 担当科目名 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 研 修 受 講 希 望 理 由 | | | | 研 修 希 望 期 間 | |
| | | | | 第1希望 | 第 回 |
| | | | | 第2希望 | 第 回 |
| | | | | 東京センターでの宿泊希望 | |
| | | | | 有 無 | |

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

氏名

印