認知症介護研修修了者一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了者氏名 | 修了年月日 | 修了時の職種 | 現在の状況 | | | 備考 |
| 在職状況 | 所属事業所等名称 | 職種 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

施設・事業所等名称：

※**認知症介護実践者研修（下記旧名称研修も含む）修了状況のみ**ご記入ください。

※申込者が現在所属している施設・事業所についてご記入ください（**既に事業所を離れた者も含みます）。**

※**「修了年月日」**欄について、下記研修の修了年月日（修了証書の日付）をご記入ください。

（１）平成１２年度「痴呆介護実務者研修」

（２）平成１３～１６年度までの「痴呆介護実務者研修（基礎課程）」

（３）平成１７～令和４年度までの「認知症介護実践者研修」

※**「在職状況」**欄には、下記のとおり記載した上で、可能な範囲で備考欄に在職していない理由をご記入ください。

（１）現在も貴施設・事業所等に在職している場合は「○」

（２）退職等の事情により現在、貴施設・事業所等に在職していない場合は「×」

※**この記載に誤りがあった場合、受講者選定に影響することがありますのでご注意ください。**