令和４年度愛媛県認知症介護実践者研修（第２期）　受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所の種類 | 特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・訪問介護訪問看護・通所介護・通所リハ・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護・看護小規模多機能型居宅介護その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **法人・会社名** | **※必ず記載ください。** |
| 施設・事業所の所在地 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　 |
| 施設・事業所の名称 |  | 事業者番号（10桁） |  |
| 代表者　職・氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職印 |

※**開設予定の場合、連絡が取れる（現存する）事業所の住所・名称や連絡先を記入してください。**

下記職員について、令和４年度愛媛県認知症介護実践者研修の受講を申し込みます。

令和４年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 性別 | 職種 | ケアマネ資格 | 実務経験年数 　 |
| 受講希望者　氏名 | 生年月日 |
|  | 男 ・ 女 |  | 有・無 | 年か月 |
| 　　　　　　　 | 年　 月　 日 |
|  | 男 ・ 女 |  | 有・無 | 年　か月 |
|  | 年　 月　 日 |

※指定申請を準備中のグループホーム以外は、**１事業所につき１名**の申込みに限ります。

※**実務経験年数**については、**認知症高齢者介護の実務経験**について、過去に勤務した施設・事業所に　　　おける実務経験年数（実務経験証明書証明分も含む）も含めて記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入担当者 | （職）　　　　　　　　　　　　　（氏名） |
| 連絡先 | 電話　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| E-mail |

|  |
| --- |
|  |

○認知症対応型サービス事業所を**開設する予定である職員が受講を申込む場合**にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種別 | １　認知症対応型共同生活介護　２　認知症対応型通所介護３　小規模多機能型居宅介護　　４　看護小規模多機能型居宅介護 |
| 開設の予定 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日頃（グループホームの場合はユニット数　　　ユニット） |
| 事業者指定申請の予定 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日頃 |
| 施設の名称 |  |
| 開設予定住所 | 〒 |
| 受講希望者の認知症対応型　サービス事業所における役職 | １　管理者　 　２　計画作成担当者　（　　名）３　管理者兼計画作成担当者 　 |

○認知症対応型ｻｰﾋﾞｽ事業所で**管理者・計画作成担当者変更等、指定基準にかかわる場合**のみご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種別 | １　認知症対応型共同生活介護　２　認知症対応型通所介護３　小規模多機能型居宅介護　　４　看護小規模多機能型居宅介護 |
| 変更予定の時期 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日頃 |
| 変更の理由 |  |
| 受講希望者の変更予定の役職 | １ 管理者　２ 計画作成担当者　３ 管理者兼計画作成担当者 |