様式１

令和　　　年　　月　　日

公益社団法人青森県老人福祉協会

会　長　 棟　方　 光　秀　 殿

（所属機関の長）　　　　　　　　　　　　印

認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書

このことについては、下記のとおり受講申し込みます。

記

優先順位　　　　　　　　位

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （ふりがな） | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 年齢 | 　　　　歳 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 所属施設事業所名 |  |
| 事業種別 |  |
| 所属先住所 | （〒　　　－　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　 －　　　－ |
| 職　名 |  | 介護職経験年数 | 年　　月 |
| 所有資格 | 介護福祉士　・　訪問介護員２級　・　介護職員初任者研修　・　介護支援専門員社会福祉士　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講希望会場 | 令和６年度青森県認知症介護実践研修（実践者研修）　第１希望　　　回　　　会場　　　　第２希望　　　回　　　会場※開催要項9「受講申込み対象地域」を確認のうえ、希望する回・会場名を第２希望まで記載してください。 |
| 職場実習施設 | * 自施設
 |
| * 自施設以外　※別法人で行う場合は「職場実習受入承諾書」を添付すること
 |
|  | 施 設 名 |  |
|  | 事業種別 |  |
|  | 住　所 | 〒 |
| 備　考 |  |

注　１「年齢」及び「介護職経験年数」欄は申込日現在で記入すること。

２　経験年数を確認できる「実務経験証明書」を添付すること。

３「職場実習施設」が自施設等以外である場合は、「職場実習受入承諾書」を添付すること。

４　同一事業所で複数者を推薦する場合は、優先順位を付すること。

令和　　　年　　月　　日

実 務 経 験 証 明 書

＜証明を受ける者＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 現住所 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所 | 職　種 | 期　間 | 経験年月 | 実務経験 |
|  |  |  |  | 認知症高齢者介護有 ・ 無計画作成有 ・ 無 |
|  |  |  |  | 認知症高齢者介護有 ・ 無計画作成有 ・ 無 |
|  |  |  |  | 認知症高齢者介護有 ・ 無計画作成有 ・ 無 |

上記のとおり業務に従事したことを証明します。

法　　人　　名

代表者職　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住　　　　　所

電　話　番　号