第１号様式（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者 |  |
| 住所 |  |
| 事業所名 | 　  |
| 事業所長の氏名（連絡窓口） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事業所住所 | 〒　 |
| 電　話・ＦＡＸ | TEL　 | FAX　 |
| 事業所種別（該当する番号全てに○をつけてください） |
|  | 居宅等 | 1　地域包括支援センター　2　居宅介護支援事業所　3 訪問介護　4　訪問入浴介護5　訪問看護　6　訪問リハビリテーション　7　通所介護　8　通所リハビリテーション9　短期入所生活介護　10 短期入所療養介護　11 居宅療養管理指導　12 福祉用具貸与13 特定福祉用具販売　　14特定施設入居者生活介護 |
|  | 地域密着 | 15 地域密着型特定施設入居者生活介護　16地域密着型通所介護　17 夜間対応型訪問介護18 認知症対応型通所介護　19 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）20 定期巡回・随時対応型訪問介護看護　21 認知症対応型共同生活介護22小規模多機能型居宅介護　23 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
|  | 施設 | 24 介護老人福祉施設　25 介護老人保健施設　26 介護療養型医療施設 |
|  |

　　　　　**平成２９年度　第１回京都市認知症介護基礎研修　申込書**

|  |
| --- |
| **受　　講　　申　　込　　対　　象　　者** |
| ふりがな | 　 | 生年月日 | 　昭和　・　平成　 　 年　　月　　日 | 経験年数 | ※１　年　ヶ月 |
| 氏名 | 　　 |
| 希望順位(法人内) |  | 事業所種別番号 | ※２ |
| 保有資格 | □　あ　り　（該当するもの全てに○）　 　 介護福祉士 社会福祉士 訪問介護員　医師　保健師　看護師　准看護師　　　介護支援専門員　理学療法士　作業療法士　言語聴覚士　精神保健福祉士　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　な　し |
| 受講者自宅住所 | 〒　　－ |
| 過去に，本研修の受講決定後に辞退，受講取消し又は研修未修となったことがある。 | □はい　□いいえ |

※１　高齢者介護業務に直接従事した期間（研修開催の日時点）を記入してください。事務職員・調理職員等，介護業務に直接従事しない期間は含みません。

※２　受講申込対象者の所属する事業所種別を上記の番号から，当人が主として在籍している事業を１つだけ記載してください。