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２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。