|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  |
| **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) | ※２ | 事業所種別番号 | ※３ | 希望回 | □第　　　回□どちらの回でもよい |
| 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 |
| 基礎研修の受講 | □　修了（　　　　年　　　月）　　　□　未修了 |
| 受講者自宅住所 | 〒 |
| 過去に，京都市認知症介護基礎研修又は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 |
| 過去に，受講申込対象者の属する法人に属する他の者が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 |

**平成３０年度　京都市認知症介護実践研修　【実践者研修申込書】**

※１　高齢者介護業務に直接従事した期間（平成３０年４月１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　同一法人から複数名申込む場合は必ず御記入ください。受講希望者多数で選考となった場合に，記載がないと選外となることがあります。

※３　受講申込対象者の所属する事業所種別の上記の番号から，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。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 　○○法人△△△△ |
| 代表者 | 　長寿　一郎 |
| 住所 | 〒600-8127省略せず正式名称で記入　京都市下京区河原町五条下る東側　 |
| 事業所名 | 　特別養護老人ホームすこやか公印又は事業所長の印**福祉** |
| 事業所長の氏名 | 福祉　花子 |
| 連絡窓口（担当者連絡先） | 　総務課　　※研修に関する問い合わせに対応可能な方（○○○―△△△△） |
| 事業所住所 | 〒600-8127　京都市上京区河原町今出川下る東側 |
| 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 |
|  |
| **受　　講　　申　　込　　対　　象　　者** |
| ふりがな | 　 おいけ　まさこ | 生年月日 | 　昭和　・　平成　　４ 年　６月　７日 | 経験年数 | ※１２年　１０ ヶ月 |
| 氏名 | 　 御池　正子 |
| 希望順位(法人内) | ※２１ | 事業所種別番号 | ※３１６ | 希望回 | □第　　　回☑どちらの回でもよい |
| 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 |
| 基礎研修の受講 | ☑　修了（　２８　年　１１　月）　　　□　未修了 |
| 受講者自宅住所 | 〒600－8127 京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町83番地の1 |
| 過去に，京都市認知症介護基礎研修又は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 |
| 過去に，受講申込対象者の属する法人に属する他の者が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 |

**平成３０年度　京都市認知症介護実践研修　【実践者研修申込書】**

**記入例**

※１　高齢者介護業務に直接従事した期間（４月１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　同一法人から複数名申込む場合は必ず御記入ください。受講希望者多数で選考となった場合に，記載がないと選外となることがあります。

※３　受講申込対象者の所属する事業所種別の上記の番号から，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。