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　27 介護医療院 |
|  |

**令和３年度　第２・３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 | 西暦年　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 | 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 |
| 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 |
| これまでに受講した（修了した）ことがある認知症介護に関わる研修名 |  |

※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。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | ○○法人△△△△ |
| 代表者 | 長寿　一郎省略せず正式名称で記入 |
| 住所 | 〒600-8127　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 |
| 事業所長の氏名（連絡窓口） | 福祉　花子（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　27 介護医療院 |
|  |

**令和３年度　第２・３回京都市認知症介護基礎研修申込書**

**記入例**

|  |
| --- |
| **受　　講　　申　　込　　対　　象　　者** |
| ふりがな | **おいけ　まさこ** | 生年月日 | 西暦**1990**年**1**月**1**日 | 経験年数 | 　　　　※１**0**年　**3**ヶ月 |
| 氏名 | **御池　正子** |
| 希望順位(法人内) | **１** | 事業所種別番号 | ※２**１６** | 希望回 | □第　**２**　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 |
| 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，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 |
| これまでに受講した（修了した）ことがある認知症介護に関わる研修名 | **なし** |

※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。