

(様式1)

サンシャイン総合学園
平成23年度認知症介護実践研修(実践者研修)
受講申込書

平成 年 月 日

株式会社 サンシャイン
代表取締役 松永 淳

法人名
代表者氏名 印

次の職員について、標記研修の受講を申込み致します。
尚、主な経歴及び認知症介護の経験年数については、記載のとおりであることを証明します。

開催回： _____回目申込み

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢
受講者氏名		生年月日	昭和 年 月 日	才
現職名※1		従事している資格名称【○印】	介護福祉士・ホームヘルパー(1・2・3級)・看護師・准看護師・介護支援専門員・社会福祉士・その他()	
法人名		経営主体【○印】	社会福祉法人・医療法人・NPO法人・株式会社・有限会社・その他()	
事業所名				
所在地住所	〒	電話		
		FAX		
主な職歴(現に勤務する施設・事業所での経験年数も含む)	期間	通算期間	勤務先	職務内容
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 年 月	年 ヶ月		
	年 月～ 研修受講月	年 ヶ月		
■ 認知症介護の経験年数(研修受講月現在) ■ 【介護保険施設・認知症高齢者グループホーム・訪問介護・通所介護・通所リハビリテーションの事業所等において認知症介護業務に従事した年数】 合計 _____年 _____ヶ月				
備考※2				

※1 介護主任・介護リーダー等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるよう記載して下さい。

※2 開設準備中及び増設並びに計画作成担当者が不在になるなど、特記事項を記入して下さい。

