

令和5年度

東京都認知症介護実践者研修

(第17・18・19・20回共通)

受講申込書

東京都知事 殿

法人名				
(事業所名)				
申込者(受講希望者の所属長)		役職	所属長氏名	
事務連絡先	郵便番号			
	所在地			
	事業所名			
	連絡先 TEL			
	連絡先 FAX			
	連絡担当者氏名			

標記の研修について、パンフレットに記載の注意事項を確認した上で、下記の者を受講させたく、申込みます。

ふりがな						
受講希望者氏名						
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月 日		
受講したい研修	<input type="checkbox"/> 1 認知症介護実践者研修	→ 都合の悪い研修回があれば、×をつけてください。 ×がついていない場合は「いずれも都合が良い」ということで受理します。	<table border="1"> <tr> <td>第17・18回</td> </tr> <tr> <td>第19・20回</td> </tr> </table>	第17・18回	第19・20回	
第17・18回						
第19・20回						

【受講希望者の現所属施設・事業所】 ※受講希望者が複数のサービスに従事している場合は、主に従事しているサービス一つについてご記入ください。

事業所名称	※研修期間中に所属の変更が予定されている場合は、新名称と変更時期等		
所在区市町村		所在地コード番号	※パンフレットP.11参照
サービスの種類 (主に従事しているもの1つ)	<input type="checkbox"/> 1 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 2 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 3 介護医療院
	<input type="checkbox"/> 4 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 5 訪問介護	<input type="checkbox"/> 6 通所介護
	<input type="checkbox"/> 7 認知症対応型通所介護	<input type="checkbox"/> 8 認知症対応型共同生活介護	<input type="checkbox"/> 9 特定施設入居者生活介護
	<input type="checkbox"/> 10 訪問看護	<input type="checkbox"/> 11 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 12 通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 13 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 14 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 15 福祉用具貸与
	<input type="checkbox"/> 16 看護小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 17 その他 ()	
所有資格等	<input type="checkbox"/> 1 介護福祉士	<input type="checkbox"/> 2 実務者研修	<input type="checkbox"/> 3 介護職員初任者研修 訪問介護員2級
	<input type="checkbox"/> 4 看護師	<input type="checkbox"/> 5 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 6 社会福祉士
	<input type="checkbox"/> 7 その他	<input type="checkbox"/> 8 資格なし	

【認知症介護の実務経験】 ※看護職、事務職、施設長、生活相談員等のみでは認知症介護の実務経験とみなしません。(介護職を兼務した期間のみご記入ください。)

勤務先	認知症介護に従事した期間			
	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月
(令和5年10月末現在) 計 年 月				

※本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規程に基づき、適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。なお、修了者の所属・氏名等については、事業所が所在する区市町村にお知らせします。