別紙様式１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　－

法人の所在地

法人名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 法人印

記入担当者名（　　　　　　　　　）電話番号（　　　－　　　－　　　　　）

FAX番号（　　　－　　　－　　　　　）

次の者を，令和５年度認知症介護実践リーダー研修を受講させたいので申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所名 | |  | | | 事業種別 |  | | |
| 開　設　年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | |
| 受講希望者  氏　　　名 | （ふりがな） | | | | 性　　別 | 男　　・　　女 | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | | |
| 施設・事業  所の所在地 | （〒　　－　　　　）  電話番号（　　　－　　　－　　　　　） | | | | | 受講希望者  の現職種・役職 | |  |
| 受講希望者  の住所 | （〒　　－　　　　） 電話番号  （　　－　　－　　　　） | | | | | | | |
| 現有資格等 | 現有資格欄□にチェックし資格証の写しを添付すること。 | | | | | | | |
| □　介護支援専門員　　　□　看護師等　　　□　社会福祉士  □　介護福祉士　　　　　□　訪問介護員（　　級課程）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 介護に関する主な職歴  （現従事業務を含む、  具体的に） | 年　月～　年　月 | | 勤務した事業所名等 | | | | 職務内容 | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | |
| 介護に従事した実務経験歴 | 年　　　ｹ月 | | 研修受講  履 歴 | □　基礎課程　（修了者番号　　　　　　号）  □　実践者研修（修了者番号　　　　　　号）  □　管理者研修（修了者番号　　　　　　号） | | | | |
| 備考欄  （配慮） |  | | | | | | | |

注１　雇用を証明する写しを添付すること。（辞令の写しでも可）

注２　現有資格の資格証の写しを添付すること。

注３　実践者研修修了証書の写しを添付すること。

注４　当申込書に記載された事項等については，個人情報保護に関する法令等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しません。

注５　サポートが必要な場合は，個別に対応させていただきますので備考(配慮)欄にご記入ください。申出に対して十分に対応できない場合もありますので，ご了承下さい。