

実践リーダー研修受講申込書

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 7 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 月 日 ()	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、ご了承ください。
- 注 6 介護に従事した実務経験歴には、介護福祉士取得後の実務経験日数もご記入ください。