

社会福祉法人 神戸市社会福祉協議会 理事長 宛

受講者写真の添付

事業所名

1. 縦 36～40 mm

横 24～30 mm

2. 裏面のりづけ

代表者名

印

令和5年度 第2回神戸市認知症介護実践者研修(集合研修)
受講申込書

神戸市認知症介護研修の目的を確認した上で第2回実践者研修を受講させたく申し込みます。

受講希望者氏名 カガナ () 氏名		生年月日 昭和・平成 年 月 日 (才)	
本人携帯番号		性別 男 ・ 女	
勤務先	事業所番号		
	事業所名		
	住所	〒 -	
	TEL	TEL	FAX
	種別	※該当するものに○を付けてください 特別養護老人ホーム・グループホーム・老人保健施設・軽費老人ホーム・ 有料老人ホーム・療養型医療施設・小規模多機能型居宅介護事業所・訪問介護・訪問 看護・通所介護・通所リハビリ・その他 ()	
受講要件	※該当する方のみチェックしてください <input type="checkbox"/> 管理者 (グループホーム・小規模多機能・看護小規模多機能・認知症対応型デイサービス) (令和 年 月 日より) ※就任予定含む <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 (グループホーム・小規模多機能・看護小規模多機能) (令和 年 月 日より) ※就任予定含む		
事業所における現在の役職・職務内容 職種名：介護職・看護職・その他 () 役職名： 職務内容：管理指導・介護・看護・相談・居宅介護支援・特養、老健等内の通所業務・その他 ()			
介護・看護の経験年数 (他事業所での経験も含む) 年 月		所有資格 ※該当するものに○印を付けてください (准)看護師・介護福祉士・社会福祉士・ホームヘルパー・ 介護支援専門員・その他 ()	
受講にあたっての動機及び今回の研修で学びたいこと、またその学びを今後どのように活かしていきたいか等を具体的にご記入ください。(受講希望者本人がご記入ください)			