

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

1. 縦 36～40 mm
横 24～30 mm
2. 裏面のりづけ

事業所名

代表者名

印

令和5年度 第3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3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 フリガナ () 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 ☐ 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 ☐ 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)			