（様式第３号）

令和６年度 認知症介護実践リーダー研修受講申込書

申込日　令和 　　年 　　月 　　日

市町村長　　様

（広域連合長）

法人名

　　令和６年度認知症介護実践リーダー研修について、認知症対応型共同生活介護事業所における

短期利用共同生活介護費算定に必要なため、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講申込者** | | **氏　名** | （フリガナ） | | **生年月日** | | 昭和  平成 | 年 　 月 　 　日 |
|  | |
| **※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** | | | | | | |
| **介護の実務経験**  **通算期間** | | 年　　　　か月 | | **現在職名** |  | | | |
| **実践者研修**  **修了日（注１）** | | 年　　　 月　　　 日 　修了　**※修了証の写しを添付のこと** | | | | | | |
| **所**  **属**  **先**  **事**  **業**  **所** | 名　称 | |  | | | | | |
| 所 在 地 | | 〒 | | | | | |
| 通知送付先  (該当の項目に☑) | | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる  送付先住所： 〒  □送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） | | | | | |
| 連 絡 先 | | TEL | | | FAX | | |
| 研修担当者 | | 氏名 | | | TEL | | |
| 電子メール  アドレス | | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 | | | | | |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無  ※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 | | | | | | | |

※**楷書で正確に記入してください。**

（注1）「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む