

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6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。		
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護師等 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (級課程) <input type="checkbox"/> 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	年 月	研修受講履歴	<input type="checkbox"/> 基礎課程 (修了者番号 号) <input type="checkbox"/> 実践者研修 (修了者番号 号) <input type="checkbox"/> 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。