

(様式 1)

学校法人 日本医療大学
2019年度認知症介護実践研修 (実践者研修)

受講申込書 (第 1・2・3 回)

年 月 日

学校法人 日本医療大学
理事長 対馬 徳昭 様

(法人名)

(法人代表者氏名)

印

次の職員について、認知症介護実践研修 (実践者研修) の受講を申し込みます。

ふりがな		性別		生年月日	昭・平 年 月 日
職員氏名		男・女			
職員自宅住所	〒		職員連絡先	() -	
勤務先	種別	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	施設・事業所名		職名		
	所在地	〒		TEL	
				FAX	
主な職歴	期間 ※新しい順に記載	通算期間	職務内容	勤務先	
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月			
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月			
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月			
	年 月 ~ 年 月	年 ヶ月			
	該当する方にチェックし、合計年数を記入願います <input type="checkbox"/> 認知症介護の経験年数 (介護保険施設・認知症高齢者グループホーム・通所介護・訪問介護・通所リハビリテーションの事業所) <input type="checkbox"/> 認知症の利用者に係る計画等作成の経験年数 (介護支援専門員として、居宅介護支援事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事した年数) <p style="text-align: center;">合計 年 ヶ月 (研修受講月 現在)</p>				
受講目的	①計画作成担当者従事予定のため ②管理者従事予定のため ③スキルアップのため ④その他 []		主な資格	・介護福祉士 ・社会福祉士 ・介護支援専門員 ・看護師 ・准看護師 ・ホームヘルパー () 級 ・初任者研修 ・その他 ()	

※連絡先 (口にチェックしてください)

- 職員本人[自宅]へ連絡
- 職員本人[事業所]へ連絡
- 事業所担当者へ連絡 (下記にご記入ください)

ふりがな		連絡先名称	
担当者氏名			
連絡先住所	〒		TEL
			FAX

他施設実習 実習生受入について (施設・事業所用)

他施設実習については、主に受講者の所属事業所間において実習を行います。
実習を依頼する場合がありますので、下記にご記入願います。

1 どちらかにチェックをお願いします。

- 実習生の受入が可能です。→ 2 へ進んでください。
- 実習生の受入が不可能です。→ 下欄の事業所名等をご記入の上、提出してください。

2 受入可能な場合 ・ 実習にご協力いただく場合は、事前に依頼書を送付致します。

① 受講する回にチェックし、受入れできない日程に、×をご記入下さい。

第 1 回

7/17 (水)	7/23 (火)	7/26 (金)	7/29 (月)

第 2 回

11/20 (水)	11/26 (火)	11/29 (金)	12/2 (月)

実習日数	: 1 人 1 日間
実習時間	: 9 : 30 ~ 16 : 30

第 3 回

2/19 (水)	2/25 (火)	2/28 (金)	3/2 (月)

② 1 日の受入可能人数 () 人

③ 実習生の車での来訪が、 可 ・ 不可 (※どちらかに○印をつけてください)

備考欄 ※実習に際して留意事項 (昼食、服装、履物等) がございましたらご記入ください。

事業所名	実習担当者名
住所 〒	TEL
	FAX

(様式4)

他施設実習 日程希望調査用紙 (受講者用)

種別 □にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()
事業所・施設名	
受講者氏名	

下記の実習日程で、都合の悪い日に×を記入してください。

第1回	7月17日 (水)	7月23日 (火)	7月26日 (金)	7月29日 (月)

実習日: 1日間
実習時間 :9:30~16:30
実習施設:札幌市内・近郊の
指定施設になります。

第2回	11月20日 (水)	11月26日 (火)	11月29日 (金)	12月2日 (月)

第3回	2月19日 (水)	2月25日 (火)	2月28日 (金)	3月2日 (月)

実習施設への移動は、一部の施設を除き公共交通機関をご利用ください。
自家用車可能の施設を希望する場合は、備考欄にご記入ください。

備考欄:

- ※ 日程は受講決定通知書に記載し、お知らせします。
- ※ 実習施設は、直前まで調整が必要なため、開講日にお知らせします。
- ※ ご心配なことなどありましたら、下記までご連絡ください。

【お問い合わせ先】

学校法人 日本医療大学 生涯学習センター
認知症介護実践研修(実践者研修) 事務局
電話 011-827-7217 FAX 011-827-7062