**山口県社会福祉協議会**

**平成３０年度認知症対応型サービス事業開設者研修　受講申込書**

　このことについて、下記のとおり申込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

（法人・事業所名）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年  月　日 | | 昭和  平成 | 年　　 　月 　　　日 | |
| 受講希望者氏　　　 名 |  |
| 性　別 | | 男　　・　　女 | | |
| 受講希望者住　　　 所  連 絡 先 | 〒　　　－　　　　　　　TEL　　　　－　　　－ | | | | | |
| 事業所名 |  | | 当該申込に関する  連絡担当者氏名 | | |  |
| 事業所住所  連 絡 先 | 〒　　　－　　　　　　　TEL　　　　－　　　－ | | | | | |
| 受講希望者の役職 |  | | | | | |
| 開設（予定）の事業所名・種別 | ※　該当項目に○をしてください。  １　開設済み  ２　開設予定  開設（予定）事業所名  【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | |
| 開設（予定）の事業所名・種別  現場体験の実習先について | 事業所種別  ※　該当項目に○をしてください。  １　認知症対応型共同生活介護　　　平成　　年　　月　　日　開設（予定）  ２　小規模多機能居宅介護　　　　　平成　　年　　月　　日　開設（予定）  ３　看護小規模多機能型居宅介護　　平成　　年　　月　　日　開設（予定） | | | | | |
| ※　該当項目に○をしてください。  ※　実習先が現場体験の対象事業所であることを確認してください。  １　自法人内の事業所で現場体験する。  　※　他の受講者の現場体験についてもお願いする場合があります。  【実習先事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ２　他の法人の事業所に現場体験を依頼する予定  ※　正式な依頼は受講決定後に行ってください。  【実習予定事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | |

裏面も必ずご記入ください。

介護業務等に関する実務経験について記入してください。

なお、実務経験年数合計は、申込日現在で、通算の年数を記入してください。（1か月未満切り捨て）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤　務　先 | 職種・役職 | 従　事　期　間 |
|  |  | 昭和・平成　　年　　月　　日から  昭和・平成　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成　　年　　月　　日から  昭和・平成　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成　　年　　月　　日から  昭和・平成　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成　　年　　月　　日から  昭和・平成　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成　　年　　月　　日から  昭和・平成　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成　　年　　月　　日から  昭和・平成　　年　　月　　日まで  （※計　　　　年　　　か月） |
|  |  | 昭和・平成　　年　　月　　日から  昭和・平成　　年　　月　　日まで  （※計　　　年　　　か月） |

**※必ずご記入ください**

**実務経験年数合計　 　年　　月（うち認知症介護経験　　　年　　月）**