**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）**