**令和５年度　一般社団法人　山口県宅老所・グループホーム協会**

**認知症介護基礎研修受講申込書**

一般社団法人

山口県宅老所・グループホーム協会

会　　長　　山　　本　　隆　　之　　様

申込者（法人の主たる事業所の所在地及び名称、代表者の職氏名）

　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　込　日 | 令和　　年　　月　　日 |  |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 受講希望者氏名 |  |
| 受講希望者住　　　所 |  | 受講希望者連　絡　先(必須) | TEL： |
| E-Mail： |
| 入　社　年　月　日 | 介護・看護業務の通算経験年数 | 内：認知症介護の通算経験年数 |
| 　　　年　　　月　　　日 | 　　　　　年　　　カ月 | 年　　　カ月 |
| **【役職名】** | **【注意】現職場だけではなく通算経験年数となります。****必ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。** |
| 法人名 |  |
| 所　属　先　事　業　所　等 | 種　別（該当する番号に○をしてください） | 1 介護老人福祉施設　　　 2 介護老人保健施設　　　　　 3介護療養型医療施設4 訪問介護事業所　　　　 5 通所介護事業所　　　　　　 6居宅介護支援事業所7 認知症グループホーム　 8 小規模多機能型居宅介護　　 9 認知症対応型通所介護10 地域密着型通所介護　 11 地域密着型介護老人福祉施設　12その他（　　　　　　　　） |
| 名　称 |  |
| **【注意】必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。** |
| 住　所 | 〒 |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| E-Mail(必須) |  | 連絡責任者 |  |

|  |
| --- |
| 【在籍証明】研修申込者については当社（法人）に勤務する従業員であることを本書により証明いたします。令和　　年　　月　　日法人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　 |

※　1）記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。

2）役職名は施設（法人）における役職名を記入してください。

【個人情報の保護について】

1. この受講申込書に記載された個人情報は，研修の目的のみに使用します。

なお，この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。

1. この受講申込書は，研修終了後，適正な方法で廃棄します。

【申込方法】FAX、メール、郵送でお申し込みください。