（様式1）

令和7年度　社会福祉法人　札幌シニア福祉機構

**認知症介護実践者研修　受講申込書**

　　年　　月　　日

　社会福祉法人札幌シニア福祉機構

　　理事長　　松本　剛一

所　属　名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

　次の職員に、標記研修の受講を申込み致します。尚、主な経歴及び認知症介護の経験年数については、記載のとおりであることを証明します。

**受講希望開催回：　　1　・　2　・　3　 回目申込み**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　　別 | 生　年　月　日 | | 年 齢 |
| 受講者  氏　名 |  | 男　・　女 | 昭･平　 年 月 日 | | 才 |
| 現職名  ※1 |  | 従事している  資格名称  【○印】 | 介護福祉士・ホームヘルパー（1・2級）  介護職員実務者研修・介護職員初任者研修  看護師・准看護師・介護支援専門員・  社会福祉士・無資格  その他（　　　　　　） | | |
| 法人名 |  | 経営主体  【○印】 | 社会福祉法人・医療法人・  ＮＰＯ法人・株式会社・  有限会社・その他（　　　　） | | |
| 勤務先種別 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地  住所・連絡 | 〒 | 電　話 |  | | |
| ＦＡＸ |  | | |
| **E-mail※3必須** |  | | |
| 主な職歴  （現に勤務する施設・事業所での経験年数も含む） | 期間 | 通算期間 | 勤務先 | 職務内容 | |
| 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 |  |  | |
| 年　　月～　**研修受講月** | 年　ヶ月 |  |  | |
| ■　認知症介護の経験年数（研修受講月現在）　■  合計　 年　　ヶ月 | | | | |
| 備考※2 |  | | | | |

※1　介護主任・介護リーダー等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるよう記載して下さい。

※2　開設準備中及び増設並びに計画作成担当者が不在になるなど、特記事項を記入して下さい。

**※3　受講決定通知書はメールで通知致します。メールアドレスのご記入をお願い致します。**