

(様式1)

令和8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		
		F A X		
		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。