**2023年度 サンシャイン総合学園**

 **認知症介護実践研修（実践者研修）／ 認知症対応型ｻｰﾋﾞｽ事業管理者研修**

**受講申込書**

　　年　　月　 　日

　株式会社　サンシャイン

　　代表取締役　松永　淳

 （法　 人　 名）

 （法人代表者氏名）　　 　　　　　　　　　　 印

次の職員について、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。

**開催回：　　　　　回目申込み**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講を希望する研修該当する方に【○印】※1 |  | 実践者研修のみ受講 |
|  | 実践者研修と認知症対応型ｻｰﾋﾞｽ事業管理者研修(両方受講) |
|  | 認知症対応型ｻｰﾋﾞｽ事業管理者研修のみ受講 |
| フリガナ |  | 性　別 | 男　　・　　女 | 年 齢 |
| 受講者氏　名 |  | 生年月日 | 昭和平成 | 年　　 月　 　日 | 　才 |
| 現職名※2 |  | 主な資格【○印】 | 介護福祉士・ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ（1級・2級）・初任者研修実務者研修・看護師・介護支援専門員・社会福祉士・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 法人名 |  |
| 事業所名 | 　 | サービスの種類【○印】 | グループホーム・小規模多機能型居宅介護・訪問介護・通所介護・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・居宅介護支援事業所病院・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地住　所 | 〒 | 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 主な介護業務歴(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(法人名+事業所名) | 職務内容 |
| 　年　　月～　　年 　月 | 年 　ヶ月 |  |  |
| 　年　　月～　　年 　月 | 年 　ヶ月 |  |  |
| 　　年 　月～**研修受講月** | 年 　ヶ月 |  |  |
| **※ 該当する方どちらかにチェックをし、チェックした方の合計年数を記入願います**□認知症介護の経験年数(介護保険施設・事業所において認知症介護業務に従事した年数) □居宅介護支援事業所等で居宅サービス計画等の作成に従事する介護支援専門員の認知症　利用者に係る計画等作成の経験年数　**合　計　　　　　　年　　　　ヶ月（研修受講月現在、合計2年未満は受講不可）** |
| 受講歴 | 認知症介護基礎研修の受講（ 未 ・ 済 ）・ 受講済みの場合、受講時期（　　年　　月） |
| 備考※3 |  |

※1　弊社で開催する認知症対応型サービス事業管理者研修を併せて受講する方を優先します。

※2　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。

※3　開設準備中、計画作成担当者が不在になる、北海道開催の管理者研修受講予定など、特記事項をご記入下さい。