

社会福祉法人 寿量会
理事長 米満 淑恵 様

施設・事業所名 _____

ふりがな _____

氏 名 _____ 印 _____

希望する研修 _____ 実践者第 _____ 回

- * この申込書（個人票）は、受講を希望するご本人が記入してください。
- * 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。
（「高」→「高」、「真」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。）

1 受講希望者について（該当する番号を○で囲んでください。）

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男 ・ 女
職種・役職	1 管理者（施設長） 2 計画作成担当者 3 看護主任 4 看護職員 5 介護主任 6 ユニットリーダー 7 介護職員 8 主任相談員 9 相談員 10 主任指導員 11 指導員 12 その他（ ）				
資格	1 看護師 2 社会福祉士 3 介護福祉士 4 介護支援専門員 5 訪問介護員（ヘルパー 級） 6 精神保健福祉士 7 理学療法士 8 作業療法士 9 言語聴覚士 10 その他（ ）				
これまでの申込状況	実践者研修の受講申込は、（初めて、 回目）である。 * 2 回目以上の申込みの方のみ記入してください。 これまでの申込み時期 ①平成 年 月 * 不足する場合は余白に ②平成 年 月 記入してください。				

2 身体介護（認知症介護含む）の経験

（1）身体介護（認知症介護含む。）に従事した期間の合計 _____ 年 _____ ヶ月

（2）上記期間の内訳

従事期間	サービスの種類	事業所名	職種	職名
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				
年 月～ 年 月				

年 月～				
年 月				

- * 実践者研修の受講には、2年以上の身体介護（認知症介護含む）経験が必要です。欄が不足する場合は、増やしてください。
- * 身体介護（認知症介護経験を含む。）の経験欄については、誤りが無いように記載してください。虚偽の記載が判明した場合、研修の受講が無効となります。

3 希望する実習施設

	施設・事業所名
第一希望	
第二希望	

○外部実習施設として、希望される施設等を下記から選択してください。
 （指導者の都合等により、御希望の施設で実習できない場合があります。）

地域 密着型	それ 以外	事業所住所	事業所名
○		熊本市中央区黒髪5丁目14-20	小規模多機能型居宅介護事業所コムーネ黒髪
○		熊本市東区尾ノ上3-3-1	デイサービスセンターなかよし
○		熊本市南区富合町廻江字外平829	グループホームヒューマンケア富合
○		熊本市南区合志4丁目3番6号	グループホームおりがえ
○		熊本市南区日吉2丁目3-84	ケアサポート メロン
○		宇城市豊野町山崎1728-1	グループホーム誉ヶ丘
○		荒尾市荒尾317-4	グループホームむつみ苑
○		山鹿市鹿本町来民1135-1	小規模多機能介護事業所しいの木の里
○		阿蘇郡南阿蘇村久石2721-2	グループホームみなみ阿蘇
○		上益城郡甲佐町白旗986	グループホームせせらぎ
○		天草市河浦町白木河内116-1	グループホーム桜ん里

4 認知症関係研修の受講履歴

研修名	受講修了年月日

5 連絡先

担当者所属 名			
担当者氏名 ※	電話番号	()	

※ 担当者が受講希望者自身である場合にも記入すること。