

千葉市認知症介護実践研修(実践者研修) 受講推薦書兼申請書

平成 年 月 日

(あて先)千葉市長

千葉市認知症介護実践研修
(実践者研修)の受講希望者を
次のとおり推薦し申請します。

運営主体	法人所在地	〒
	法人名	
	代表者名	
施設・事業所	施設・事業所所在地	〒
	施設・事業所名	
	施設・事業所長名	印
	連絡先電話番号	
	FAX番号	
	連絡先電子メールアドレス	@
書類送付先	所在地	〒
	宛名	

第 回 実践者研修

フリガナ				性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日(歳)															
受講希望者氏名																									
住所																									
受講者PCメールアドレス	@ ※研修中に資料を送付する可能性があります																								
※受講希望者氏名と生年月日は、修了証書に記載しますので、正確にお書きください。																									
保有資格	無	有()								実践者研修(基礎課程)の受講歴	(あり・なし)														
現在所属する施設・事業所について	勤務先		職種・役職		従事期間																				
					年 月 日～ 現在 (年 ヶ月)																				
所属する施設・事業所のサービスの種類																									
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 訪問介護</td> <td style="width: 33%;">2 特定施設入居者生活介護</td> <td style="width: 33%;">3 認知症対応型共同生活介護</td> </tr> <tr> <td>4 訪問看護</td> <td>5 地域密着型特定施設入居者生活介護</td> <td>6 居宅介護支援</td> </tr> <tr> <td>7 訪問リハ</td> <td>8 小規模多機能型居宅介護</td> <td>9 介護老人福祉施設</td> </tr> <tr> <td>10 通所介護</td> <td>11 認知症対応型通所介護</td> <td>12 介護老人保健施設</td> </tr> <tr> <td>13 通所リハ</td> <td>14 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</td> <td>15 その他()</td> </tr> </table>											1 訪問介護	2 特定施設入居者生活介護	3 認知症対応型共同生活介護	4 訪問看護	5 地域密着型特定施設入居者生活介護	6 居宅介護支援	7 訪問リハ	8 小規模多機能型居宅介護	9 介護老人福祉施設	10 通所介護	11 認知症対応型通所介護	12 介護老人保健施設	13 通所リハ	14 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	15 その他()
1 訪問介護	2 特定施設入居者生活介護	3 認知症対応型共同生活介護																							
4 訪問看護	5 地域密着型特定施設入居者生活介護	6 居宅介護支援																							
7 訪問リハ	8 小規模多機能型居宅介護	9 介護老人福祉施設																							
10 通所介護	11 認知症対応型通所介護	12 介護老人保健施設																							
13 通所リハ	14 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	15 その他()																							
※該当するものに○を付けてください。受講希望者が複数のサービスに従事している場合は、主に従事しているサービス一つに○を付けてください。																									
介護業務に関する実務経験について	現職以前の勤務先		職種・役職		従事期間																				
					年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月)																				
					年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月)																				
	通算介護業務従事年数		年 ヶ月		うち認知症介護業務従事年数		年 ヶ月																		
※実務経験は現職から2つ前までを記入してください。 ※通算・認知症介護業務従事年数には、記入日現在で、上に書ききれなかった実務経験も含め記入してください。																									
受講希望の理由	1 当該施設・事業所職員の認知症介護(支援)技術の向上のため																								
	2 認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者として従事予定																								
	指定の要件を欠く場合記入してください。						事業所の状況		管理者		計画作成者														
	ア 既設で変更予定 (H 年 月頃)						ユニットの数		専従		専従														
	理由 [ユニット増減 転職 退職 その他()]						不足発生時																		
	イ 開設予定 (H 年 月頃)						研修修了後																		
3 小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者として従事予定 計画者研修申込予定 H 年度 第 回																									
4 認知症デイ・グループホーム・小規模多機能の管理者として従事予定 管理者研修申込予定 H 年度 第 回																									
5 その他()																									
※該当するものに○を付け必要事項を記入してください。																									
普段、アセスメントを行う際にどのようなことに気がついていますか。受講希望者ご本人が記入してください。																									
受講を希望する理由、研修に期待していること等を受講希望者ご本人が記入してください。																									

(施設内優先順位 位)