令和４年度　第１回　大阪市認知症介護実践リーダー研修（第２３期）受講推薦及び申込書

　【記入日】　　　年　　　月　　　日

**「申込書」・「レポート」・「実践者研修の修了証書の写し」**を大阪市社会福祉研修・情報センターあてに

郵送またはご持参ください。**≪※FAXは不可≫　申込締切：****令和４年７月２８日（木）午後５時必着**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 代表者名 | 印 |

※必ず、代表者印を押してください。（所属長や担当者の私印は不可）

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦理由や  期待すること  ※本人の場合は  志望理由 |  |

下記の者の受講を推薦し、申し込みます。

記

※当センター主催の研修･講座に受講を申し込まれる際に提供いただいた名前、住所その他の個人情報については、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | 生年月日 | | |
| 名前 | |  | | | | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　（　　　　歳　） | | |
| テキスト | | □購入する　　　□購入しない（受講にはテキストが必要です） | | | | | | |
| 認知症介護基礎研修  の受講歴について | | □受講した  □受講していない | | 認知症介護  経験年数 | | 年　　　ヶ月（R4年７月時点） | | |
| 職種及び役職 | | (記入例　介護職・看護職・計画作成担当者等) | | | | (記入例　チーフ・リーダー・管理者等) | | |
| 所有資格 | | □医師　□看護師　□准看護師　□社会福祉士　□介護福祉士  □訪問介護員（ホームヘルパー）　□介護支援専門員　□認知症ケア専門員  □社会福祉主事資格　□所持無し　□その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| キャラバン・メイト | | □キャラバン・メイト養成研修修了済み　　　□受講予定あり | | | | | | |
| 事業所 | 事業所種別  右の種別番号から主なものを**１つだけ**ご記入ください。 | 番号 | 1. 特別養護老人ホーム　２.介護老人保健施設　３.養護・軽費老人ホーム   ４.ケアハウス　５.有料老人ホーム　６.デイサービスセンター　７.訪問介護事業所　８.居宅介護支援事業所　９.総合相談窓口（ブランチ）１０.地域包括支援センター　１１.グループホーム　１２.小規模多機能事業所  １３.その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX番号 | |  | |
| 備考欄 | | ※車いす、手話通訳、拡大文字資料等が必要な方やその他連絡事項をご記入ください。 | | | | | □割引クーポン使用希望 | No. |
| ※キャリアデザインノート（1冊600円で販売中）の「受講料割引クーポン」をご利用の方は、クーポン番号をご記入ください。 | |