|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **（ふりがな）****受講希望者****氏　名** |  | **生年月日****（西暦）** | 　年　　　月　　　日（　　　歳） |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **緊急連絡先**※ZOOMの接続時に不具合などが起こった際に使用します |  | **メールアドレス**※本研修では事務局とメールの送受信を行います |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **所属法人** |  |
| **所属事業所** | ＺＯ０Ｍ接続時の本人確認のため、申込者の顔がはっきり分かる写真をこの枠内に添付してください事業所設置場所　大阪市（　　　　　）区 |
| **事業所形態**特別養護老人ホームグループホームなど |  |
| **職種**介護職・医療職など |  | **役職**主任・チーフなど |  |
| **事業所連絡先** | 電話　（　　　）　　　　―FAX　（　　　）　　　　― |
| **所属事業所****住所** | 〒住所 |
| **※□は■に変更することでチェックとし、手書きで記入される方は□を黒く塗りつぶしてください。** |
| **認知症介護従事****経験年数** | 　　　　　　年　　　ヶ月　　（２０２１年１１月時点の積算） | **認知症介護基礎****研修の受講歴** | □　基礎研修を受講した　□　基礎研修は受講していない |
| **テキストの購入** | * テキストを購入する
* テキストは購入しない　※受講するためにはテキストが必要です
 |
| **ＺＯＯＭの使用について** | * 使ったことがある（画面の共有機能を使用したことがある）
* 使ったことがある（会議やプライベートで参加するくらい）　　 □ 使ったことがない
 |
|  |
| 地域密着型サービスの事業所でお勤めの方で管理者もしくは計画作成担当者として従事している方は□にチェックをして、就任年月日も記入してください。地域密着型サービスの事業所については受講対象者をご確認ください。該当されない方はそのままにしてください。 |
| * 管理者　　　　（就任年月日　平成・令和　　年　　月から）
 |
| * 計画作成担当者（就任年月日　平成・令和　　年　　月から）　※小規模多機能型の事業所での計画作成担当者
 |
|  |
| 大阪市社会福祉研修・情報センターのホームページに掲載している、「認知症介護実践者研修（オンライン）を受講するにあたっての留意事項」の確認していただき、□にチェックを入れてください　 | * 「認知症介護実践者研修（オンライン）を受講

 するにあたっての留意事項」を確認し、内容に同意します。 |

クーポン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。

提供していただきました個人情報は、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。

**◇令和３年度認知症介護実践者研修(第３回)　受講申込書◇**

本申込書とパワーポイントによる提出課題の２点を添付して

大阪市社会福祉研修・情報センター企画研修担当あてメール送信

**kensyu@shakyo-osaka.jp****１１月８日（月）午後５時まで**