

2025年度 第(1・2・3)回 三重県認知症介護基礎研修受講申込書

1. 受講申込法人

申込日: 年 月 日

法人所在地	〒		
フリガナ			
法人名			
代表者名			
電話番号	— —	FAX番号	— —
フリガナ			
申込担当者氏名			
電話番号	— —		
書類送付先	(法人所在地) ・ (施設又は事業所所在地) (その他) ( )		

2. 受講対象者

フリガナ			
受講希望者名			
※受講希望者名と生年月日は修了証書に記載しますので正確に記入してください。お名前が旧姓・通称名等でないことをご確認ください。			
生年月日	昭和・平成 年 月 日	在留資格	
		※外国籍の方	
保有資格 (該当するもの全てに ○をつけてください)	1. 資格なし                      2. 介護福祉士                      3. 介護職員実務者研修 (旧基礎研修・ホームヘルパー1級) 3. 介護職員初任者研修 (ホームヘルパー2級)                      4. 社会福祉士                      5. 精神保健福祉士                      6. 介護支援専門員 7. 社会福祉主事任用資格                      8. 正看護師                      9. 准看護師                      10. 理学療法士                      11. 作業療法士 12. 言語聴覚士                      13. 管理栄養士                      14. 栄養士                      15. その他 ( )		
現在所属する施設又は 事業所の名称			
サービスの種類 ( )  ※右記から選び ( ) 内に番号を入れて てください。 ※右記に該当しない場合はその他に 記入してください。	地域密着型サービス	1 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 2 小規模多機能型居宅介護 3 認知症対応型通所介護 (認知症デイサービス) 4 看護小規模多機能型居宅介護 (複合型サービス) 5 地域密着型通所介護 (デイサービス) 6 定期巡回・随時対応型訪問看護 7 夜間対応型訪問介護 8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 (特別養護老人ホーム)	
	入所系サービス	9 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) 10 介護老人保健施設 11 介護療養型医療施設	
	在宅系サービス	12 介護予防支援及び地域包括支援センター                      13 居宅介護支援 14 訪問介護 (ホームヘルパーステーション)                      15 訪問看護 16 訪問リハビリテーション                      17 訪問入浴介護 18 通所介護 (デイサービス)                      19 通所リハビリテーション (デイケア) 20 短期入所生活介護 (ショートステイ)                      21 短期入所療養介護	
	各種高齢者 向け施設等	22 有料老人ホーム                      23 サービス付高齢者向け住宅 24 宅老所                      25 軽費老人ホーム 26 ケアハウス                      27 養護老人ホーム	
	その他		
職種 ( )  ※右記から選び ( ) 内に番号を入れて てください。 ※右記に該当しない場合はその他に 記入してください。	1. 介護福祉士                      2. 介護職員                      3. 訪問介護員                      4. 生活相談員                      5. 支援相談員 6. 介護支援専門員 (施設系)                      7. 介護支援専門員 (居宅介護支援)                      8. 正看護師 9. 准看護師                      10. 理学療法士                      11. 作業療法士                      12. 言語聴覚士                      13. 管理栄養士 14. 栄養士                      15. 管理者                      16. 計画作成担当者                      17. その他 ( )		
認知症介護経験年数	年 月	(過去に他事業所で経験した年数も合わせて記入してください。)	
所属する施設又は 事業所の住所	〒		
事業所電話番号	— —	事業所FAX番号	— —