

様式 1

※ 1事業所から2名以上申込む場合は、様式3「受講申込者優先順位一覧表」を併せて提出願います。

**平成22年度京都府認知症介護実践者等養成研修
① 認知症介護実践者研修 受講申込書**

平成22年 月 日

法人名
代表者 印

事業所名
管理者 印

平成22年度京都府認知症介護実践者等養成研修（①認知症介護実践者研修）について、下記のとおり申込みます。

記

| | | | |
|--------|------------------|-----|-------------|
| 受講者勤務先 | 事業所名 (サービス種別) | () | 事業所担当者名 |
| | 所在地 | | 電話： FAX： |

| 受講申込者 | 職名 | 職種 | 介護職経験年数 | 勤続年数 |
|---------------------------------|--------------|------------|----------------|-----------------------------------------------------------|
| (フリガナ) 氏名 | | | 年 月 | 年 月 |
| 介護に係る 取得資格 | テキスト 購入希望 | | 実践者編 ・ 実践リーダー編 | |
| 受講希望順位 (第3希望まで記入 してください。) | 第1希望 回目 | 第2希望 回目 | 第3希望 回目 | 本年度受講 を希望する 他の研修 管理者 研修 ・ 計画作成 担当者研修 |

* 平成22年5月14日(金)(当日消印有効)までに提出(郵送可)してください。
その際、封筒の表に「①実践者研修 受講申込書」と朱書してください。

* テキストの当日購入を希望される場合は、該当分に○印をつけてください。

* 提出書類一覧

- ・ 受講申込書
- ・ 申込者1名につき1枚の返信用封筒(あて名等記載の上、80円切手を貼付。)
- ・ 様式3「受講申込者優先順位一覧表」(※1事業所から2名以上申込みの場合。)

* 提出先

- ・ 京都府老人福祉施設協議会 事務局
〒602-8163 京都市上京区猪熊通丸太町下る仲ノ町519番地
又は
- ・ 地域密着型サービス事業所は、事業所所在地の市町村介護保険担当課へ

様式 2

※ 1事業所から2名以上申込み場合は、様式3「受講申込者優先順位一覧表」を併せて提出願います。

平成22年度京都府認知症介護実践者等養成研修
 ②認知症介護実践リーダー研修 受講申込書

平成22年 月 日

法人名
 代表者 印

事業所名
 管理者 印

平成22年度京都府認知症介護実践者等養成研修（②認知症介護実践リーダー研修）について、
 下記のとおり申込みます。

記

| | | | |
|--------|------------------|-----|-------------|
| 受講者勤務先 | 事業所名 (サービス種別) | () | 事業所担当者名 |
| | 所在地 | | 電話： FAX： |

| 受講申込者 | | 職名 | 職種 | 介護職経験年数 | 勤続年数 |
|--------------------------------|--|----|------------------------------------|----------------|------|
| (フリガナ) 氏名 | | | | 年 月 | 年 月 |
| 介護に係る 取得資格 | | | テキスト 購入希望 | 実践者編 ・ 実践リーダー編 | |
| 認知症介護実践者研修 又は 基礎課程の修了年度等 | | 年度 | 修了証書番号 (※修了証書の写しを添付してください。) | | |

* 平成22年6月4日(金) (当日消印有効) までに提出(郵送可)してください。
 その際、封筒の表に「②実践リーダー研修 受講申込書」と朱書してください。

* テキストの当日購入を希望される場合は、該当分に○印をつけてください。

* 提出書類一覧

- ・ 受講申込書
- ・ 認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了証書(写し)
- ・ 申込者1名につき1枚の返信用封筒(あて名等記載の上、80円切手を貼付。)
- ・ 様式3「受講申込者優先順位一覧表」(※1事業所から2名以上申込みの場合。)

* 提出先

- ・ 京都府老人福祉施設協議会 事務局
 〒602-8163 京都市上京区猪熊通丸太町下る仲ノ町519番地
 又は
- ・ 地域密着型サービス事業所は、事業所所在地の市町村介護保険担当課へ
 (※ 認知症対応型共同生活介護事業所で、短期利用の要件を満たすことを受講希望とする場合は、市町村にその旨を申し出てください。)

(※ 1事業所から2名以上申込み場合には、各研修の受講申込書に併せて提出願います。)

様 式 3

平成22年度京都府認知症介護実践者等養成研修

受講申込者優先順位一覧表

| |
|------------------------------------------------------------------------------|
| <p>研 修 名 (※どちらかに○をつけてください。)</p> <p>実 践 者 研 修 ・ 実 践 リ ー ダ ー 研 修</p> |
|------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|---------|--|
| 法 人 名 | |
| 事 業 所 名 | |
| 事 業 種 別 | |

| 優 先 順 位 | 受 講 申 込 者 氏 名 |
|---------|---------------|
| | |
| | |
| | |