

様式 1

※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24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24年 月 日

法人名
代表者 印

事業所名
管理者 印

平成24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 (申込日現在)	勤続年数 (申込日現在)
(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24年4月25日(水) (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。)
(※ 封筒は長形3号(12cm×23.5cm)のもので御願います。)
- ・ 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

- ・ 一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局
〒602-8143 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24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24年 月 日

法人名
代表者 印

事業所名
管理者 印

平成24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 (申込日現在)	勤続年数 (申込日現在)
(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 ※23年度修了者は研修対象になりません。	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24年6月8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。)
(※封筒は長形3号(12cm×23.5cm)のもので御願います。)
- ・ 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

- ・ 一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局
〒602-8143 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名以上申込む場合には、各研修の受講申込書に併せて提出願います。

平成24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

研修名（※どちらかに○をつけてください。）	
実践者研修	実践リーダー研修

法人名	
事業所名	
事業種別	

優先順位	受講申込者氏名