

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 23 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23年 月 日

法 人 名  
代 表 者

印

事 業 所 名  
管 理 者

印

平成23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<br>(サービス種別) | ( ) | 事業所担当者名          |
|        | 所在地              |     | 電 話 :<br>F A X : |

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

\* 平成23年4月28日(木) (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

- ・ 一般社団法人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23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23年 月 日

法 人 名  
代 表 者

印

事 業 所 名  
管 理 者

印

平成23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<br>(サービス種別) | ( ) | 事業所担当者名          |
|        | 所在地              |     | 電 話 :<br>F A X : |

|                                                        |  |     |                                |                |      |
|--------------------------------------------------------|--|-----|--------------------------------|----------------|------|
| 受講申込者                                                  |  | 職 名 | 職 種                            | 介護職経験年数        | 勤続年数 |
| (フリガナ)<br>氏名                                           |  |     |                                | 年 月            | 年 月  |
| 介護に係る<br>取得資格                                          |  |     | テキスト<br>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<br>又は<br>基礎課程の修了年度等<br>※22年度修了者は研修対象になりません。 |  | 年度  | 修了証書番号<br>(※修了証書の写しを添付してください。) |                |      |

\* 平成23年6月3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

- ・ 一般社団法人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23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 |
|         |               |
|         |               |
|         |               |