

FAX番号 042-704-9306

株式会社リビングプラットフォーム

受付整理番号

一般
枠

どちらかに丸印を付けてください
令和6年度 第1・2回 LPF認知症介護実践研修(相模原市指定)受講申込書

募集区分	<input type="checkbox"/> 実践者研修	<input type="checkbox"/> リーダー研修		
ふりがな			生年月日	性別
氏名			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご自宅住所	〒 -			
電話番号				
認知症介護の経験年数 <small>現在の事業所・現職以外の経験年数も合算してください。</small>			年	ヶ月
(リーダー研修希望の方)実践者研修取得後の経過年数			年	ヶ月
職種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他()			
主な職歴 (介護関連) <small>※介護現場経験を 2年以上有する事</small>	勤務先	期間	通算期間	職務内容
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 年 月	年 月	
		年 月～ 年 月	年 月	
事業所番号		サービスの種類 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス事業所(いずれかに○) (GH・小規模・看多機) (認知症対応型通所・通所・その他) <input type="checkbox"/> 他()	
事業所名				
事業所所在地	(〒 -)		電話番号	
			FAX番号	
保有資格 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員		<input type="checkbox"/> 介護福祉士	
	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師・准看護師		<input type="checkbox"/> 社会福祉士	
	<input type="checkbox"/> 保有資格無し		<input type="checkbox"/> 訪問介護員1級(介護職員実務者研修) <input type="checkbox"/> 訪問介護員2級(介護職員初任者研修) <input type="checkbox"/> その他()	
<p>受講概要を理解した上で、上記の者が、認知症介護(<small>どちらかに丸印を付けてください</small> 実践者・リーダー)研修を受講させたく申込みます。</p> <p style="text-align: right;">事業所管理者氏名 印</p>				
事務担当者氏名	連絡先電話番号			

備考1 定員がありますので、ご希望に応えられない場合もあります。あらかじめご承知おきください。

2 経験(経過)年数は、受講要件にかかりますので、必ず記入して下さい。

3 介護保険事業所番号は、事業所確認のためご記入下さい。

4 申込書に記載された氏名及び生年月日は修了証を発行する際に使用しますので、必ず楷書で正確に記入して下さい(例:齊、齊、斎、齋など)

5 この申込書に記載いただいた内容は、研修を運営する以外の目的では使用しません。

(お知らせ)

FAXもしくは郵送後、開講決定しましたらLPFケアカレッジより「受講承諾書」を順次発送いたします。お断りの場合でも文書にてご連絡いたします。