様式１－②

# 平成30年度〔第　　回〕認知症介護実践研修（実践者研修）受講承諾証明書

※受講希望回を必ず記入して下さい

| 記入日 | 平成　　年　　月　　日 |
|---|---|

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団

総合リハビリテーションセンター　福祉のまちづくり研究所長　様

代表者

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 会社・病院等<br>法人名 | | | | | 代表者印 |
| 代表者 | 役職 | | 氏名 | | 印 |

申込責任者及び申込事務担当者　　※申込責任者は、原則として申込者の勤務する法人の所属長になります

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 部署・施設・事業所名 | | | | | 申込責任者印 |
| 現 所属長 | 役職 | | 氏名 | | 印 |
| 事務担当※ | 所属<br>役職等 | | 氏名 | | |
| 連絡先 | TEL<br>(日中) | －　　－ | FAX | －　　－ | |

※申込内容の確認等事務連絡がある時、所属長が直接ご対応頂く場合に限り事務担当欄は省略可

当法人は、下記職員の認知症介護実践研修（実践者研修）の受講を承諾したことを証明する

申込者（受講希望者）

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | | 性別 | 生年月日 | | 年齢 |
| 氏　名 | (姓) | (名) | 男<br>女 | 昭和<br>平成 | 年　月　日生 | 歳 |
| 現 勤務先<br><br>※申込時点の所属先情報を記入<br><br>※ご自宅の住所及び連絡先の記載は不要 | 施設・事業所名 | | | 職　名 | | |
| | 所在地 | 〒　　－ | | 都　道<br>府　県 | | 市<br>町 |
| | 連絡先 | TEL | －　　－ | FAX | －　　－ | |
| 【職名記入例】<br>管理者・計画作成担当者・ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ・介護職員等 | サービス種別 | 該当する主なものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい（その他の場合はサービス種別名を記載）<br>① 特別養護老人ホーム<br>② 介護老人保健施設<br>③ 認知症対応型共同生活介護事業所<br>④ 小規模多機能型居宅介護事業所<br>⑤ 認知症対応型通所介護事業所<br>⑥ 通所介護事業所<br>⑦ 居宅介護支援事業所<br>⑧ 看護小規模多機能型居宅介護事業所<br>⑨ 特定施設入居者生活介護事業所(介護付有料老人ホーム等)<br>⑩ その他 | | | | サービス種別番号 |
| | | サービス種別名（⑩その他の場合のみ） | | | | |

**※申込責任者（勤務する法人の所属長等）が申込者と同一人物は受講不可となります。**

以上