|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受講希望者氏　名 | 事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属長名：　　　　　　　　記入者名：　　　　　　　　　　　　　 | **生年月日****（西暦）** | 　年　　　月　　　日（　　　歳） |
|  |
| ZOOM接続不具合時につながる電話番号 |  | **メール****アドレス** |  |
| 大阪市社会福祉研修・情報センターのホームページに掲載している、「認知症介護実践者研修（オンライン）を受講するにあたっての留意事項」の確認　□にチェックを入れてください　 | □「認知症介護実践者研修（オンライン）を受講するにあたっての留意事項」を確認し、内容に同意します。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属法人 |  | ＺＯ０Ｍ接続時の本人確認のため、申込者の顔がはっきり分かる写真をこの枠内に添付してください。 |
| 所属事業所 | 事業所設置場所　大阪市（　　　　　）区 |
| 事業所形態 | 　　　　　　　　※特別養護老人ホーム、グループホームなど |
| 職種 | ※介護職、看護職、ケアマネジャーなど |
| 役職 | ※主任、チーフ、リーダーなど |
| 所有資格 | □医師 □看護師　 □准看護師　 □社会福祉士　□介護福祉士□訪問介護員（ホームヘルパー）　□介護支援専門員　　□認知症ケア専門士□社会福祉主事資格 　 □所持なし　　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 認知症介護従事経験年数 | 　　　　　　年　　　ヶ月　　（２０２１年６月時点の積算） | 認知症介護基礎研修の受講歴 | □基礎研修を受講した　□基礎研修は受講していない |
| テキストの購入 | □テキストを購入する　□テキストは購入しない　※受講するためにはテキストが必要です |
| ＺＯＯＭについて | □使ったことがある（仕事・プライベート問わず）　□使ったことがない |
| 所属事業所住所 | 〒住所 |
| 事業所電話番号 |  | 事業所FAX番号 |  |
|  |
| 地域密着型サービスの事業所でお勤めの方で管理者もしくは計画作成担当者として従事している方はチェックして、就任年月日も記入してください。地域密着型サービスの事業所については受講対象者をご確認ください。 |
| * 管理者　　　　（就任年月日　平成　令和　　年　　月から）
 |
| * 計画作成担当者（就任年月日　平成　令和　　年　　月から）　※小規模多機能型の事業所での計画作成担当者
 |

提供していただきました個人情報は、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、

第三者へ提供することはありません。

**◇令和３年度認知症介護実践者研修(第１回)　受講申込書◇**

本申込書とパワーポイントによる提出課題の２点を添付して

大阪市社会福祉研修・情報センター企画研修担当あてメール送信

**kensyu@shakyo-osaka.jp****６月７日（月）午後５時まで**

次のとおり受講を申し込みます