

* 業務歴の証明者(施設)と受講推薦者(施設)が同一の場合はこの様式のみ提出で受付いたします。

■受講希望日程	■希望日程: ⑤ *⑤と回答された方 ⇒ ⑥の受講【(可)・不可】 いずれかに○を附してください
右の番号を選んで上にご記入下さい。	⑤11・12月 ⑥12・1月 ※日程の詳細は開催要綱をご覧ください

■受講者基本情報

ふりがな	おかも たろう	勤務先の住所
受講者氏名	岡桃 太郎	〒700-0807 岡山市北区南方2丁目13-1
生年月日	平成 3 年 6 月 25 日	
年齢/性別	年齢: 25 歳 / 性別: 男性	
勤務先 法人名	社会福祉法人 岡山の会	
勤務先 施設名	グループホーム みなみがたの家	
勤務先 TEL/FAX	TEL:086-226-3507	FAX:086-801-9190

■受講要件に関する情報

* 業務歴の証明について推薦者(施設)以外の証明が必要な場合は、様式2の提出も必要です。

【介護業務従事歴の合計】	2 年 5 か月
現在勤務している施設の介護業務従事歴	平成 27 年 4 月 1 日 ~ 現在
現在の施設・事業所・役職	事業所名:グループホーム みなみがたの家 現職:介護職
過去の介護業務従事歴 及び 事業所名・役職 * 現在に近いものから順に 記入してください。 本研修の受講要件は、原則 「介護実務経験2年を有する方」です。 2年以上についての証明があれば、 全ての期間を証明する必要はありません。	従事歴①:平成 26 年 4 月 1 日 ~ 平成 27 年 3 月 31 日
	事業所名:おかもやまデイサービスセンター 職名:介護職
	従事歴②:平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	事業所名: 職名:
	従事歴③:平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	事業所名: 職名:
上記の業務内容*まとめて記入	認知症介護を含む介護業務全般
受講希望理由 (受講者記入)	
推薦理由 (所属長記入)	必ず所属長もしくはそれにあたる方が記

■施設情報

* 現在の施設についてご記入下さい。

実践研修の修了者数	4 名	認知症専門ケア加算Ⅰ :	<input checked="" type="radio"/> 有・無
実践リーダー研修の修了者数	2 名	認知症専門ケア加算Ⅱ :	<input checked="" type="radio"/> 有・無
指導者養成研修の修了者数	0 名	認知症加算 :	<input checked="" type="radio"/> 有・無
次年度の受講予定人数	2 名	複数受講希望 :	1 番目 2 人中

※記載漏れ、誤記、添付書類不足など、不備がある場合は、選考の対象

受講希望者が複数いる場合は、必ず記入してください。

平成 28 年 5 月 15 日

岡山県社会福祉協議会長 山岡 治喜 殿
(事業所等所在市町村長経由)

上記の者について、当施設(事業所)において上記のとおり勤務し、介護業務に従事していたことを証明します。また、岡山県認知症介護実践研修(実践者研修)を受講させたいので推薦します。

所在地 岡山市北区南方2丁目13-1

法人名 社会福祉法人 岡山の会

代表者 岡山 花子

公印

電話番号 086-226-3507

担当者 吉備 次郎