

(様式1)

平成 28 年 6 月 15 日

平成28年度岡山県認知症介護基礎研修 受講推薦書

岡山県知事 伊原木 隆太 殿

〒 000-XXXX

所在地 ○○市△△◇-XX-□
法人名 ○○の会
代表者名 会長 岡山 太郎 印
電話番号 000-000-0000
担当者 介護 一郎

下記の者に、平成28年度岡山県認知症介護基礎研修を受講させたいので推薦します。

受講を希望する回	<input type="checkbox"/> 第1希望:① <input type="checkbox"/> 第2希望:②
右の番号を選んでください。	①平成28年9月30日(金) ②平成28年11月15日(火)

勤務先所在地	〒 000-XXXX ○○市△△ ◇-XX-□ TEL 000-000-0000 FAX XXX-XXX-XXXX		
勤務先事業所名	○○デイサービスセンター		
ふりがな 受講希望者 氏名	ふくし はなこ	生年月日	昭和 3 年 4 月 1 日 平成
	福祉 花子	年齢	25 歳 性別 男 ・ 女
認知症介護 経験年数 (該当に○印)	①6か月未満 ②6か月～1年未満 ③1年～2年未満 ④2～5年未満 ⑤5～10年未満 ⑥10年以上		
認知症介護 業務従事歴	年月日 ～ 年月日	所属施設・事業所	役職・職種等
	～		
	平成27年4月1日～平成28年3月31日	グループホーム▲▲	介護職
	～現在	○○デイサービスセンター	介護職
所有資格 (該当に○印)	①介護福祉士 ②介護支援専門員 ③介護職員初任者研修修了者 ④介護職員基礎研修修了者 ⑤介護職員実務者研修修了者 ⑥ホームヘルパー(2)級 ⑦看護師 ⑧准看護師 ⑨保健師 ⑩社会福祉士 ⑪理学療法士 ⑫作業療法士 ⑬言語聴覚士 ⑭精神保健福祉士 ⑮その他() ⑯資格なし		
研修受講歴	認知症介護実践研修(実践者研修)を受講歴 あり ・ なし		
複数受講希望	1 番目 3 人中 ※同一施設・事業所から複数人申し込む場合は、必ず優先順位をつけてください。		

※虚偽、記載漏れ、誤記等がある場合は、選考の対象となりません。