

(様式1)

平成 29 年 5 月 31 日

## 平成29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29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: <input type="checkbox"/> 第2希望: <input type="checkbox"/> 第3希望: |
| 右の番号を選んでください。 | ①平成29年7月25日(火) ②平成29年8月29日(火) ③平成29年11月28日(火)                                                |

|                          |                                                                                                                                                   |                                                |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------|
| 勤務先所在地                   | 〒 000-XXXX<br>○○市△△◇-XX-□<br>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                                                                                                                                      |                                                |                      |
| 受講希望者<br>氏名              | ふくし はなこ<br>福祉 花子                                                                                                                                  | 生年月日<br>昭和 3 年 4 月 1 日<br>平成<br>年齢 25 歳 性別 男 女 |                      |
| 認知症介護<br>経験年数<br>(該当に○印) | ①6か月未満 ②6か月～1年未満 ③1年～2年未満<br>④2～5年未満 ⑤5～10年未満 ⑥10年以上                                                                                              |                                                |                      |
| 認知症介護<br>業務従事歴           | 年月日 ～ 年月日<br>～<br>平成27年4月 1日～平成28年3月31日<br>～現在                                                                                                    | 所属施設・事業所<br>グループホーム▲▲<br>○○デイサービスセンター          | 役職・職種等<br>介護職<br>介護職 |
| 所有資格<br>(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<br>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<br>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<br>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。