

* 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	■第一希望:③ ■第二希望:④ * 全て記入して下さい。
右の番号を選んで記入下さい。	③ 9～11月 ④ 10～12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 1 か月	
現在勤務している施設の介護業務従事歴	平成 28 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 27 年 4 月 1 日 ~ 平成 28 年 3 月 31 日 事業所名:おかやまディサービスセンター 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入してください。

■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 : 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 : 有 ・ 無
指導者養成研修の修了者数	0 名	認知症加算 : 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 29 年 6 月 26 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

電話番号 086-226-3507

担当者 吉備 次郎

公印