

2019 年 5 月 8 日

2019年度岡山県認知症介護基礎研修(集合型) 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
 電話番号 000-000-0000
 担当者 介護 一郎



下記の者に、2019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。

受講を希望する回の優先順位を第2希望までご記入ください。	第1希望: ①	第2希望: ③
	①2019年6月26日(水)	③2019年12月3日(火)

勤務先事業所名	○○デイサービスセンター		
勤務先所在地	〒 000-XXXX ○○市△△ ◇-XX-□ TEL 000-000-0000 FAX XXX-XXX-XXXX		
ふりがな 受講希望者 氏名	ふくし れいこ	生年月日	昭和 5 年 4 月 1 日
	福祉 令子	年齢	平成 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29年4月1日～平成30年3月31日 ～現在	グループホーム□□□ ○○デイサービスセンター	介護職 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()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	2 番目 2 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。