（様式1）〔第2回〕

記入例

2019　年　5　月　8　日

2019年度岡山県認知症介護基礎研修（eラーニング型） 受講推薦書

岡山県知事　伊原木 隆太 殿

〒 OOO-XXXX
所 在 地　〇〇市△△◇-XX－□
法 人 名　〇〇の会
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。

研修日程	第2回：2019年7月31日（火）	
研修形態	eラーニング型	集合研修受講時間：約3時間 研修カリキュラムの講義部分1～2は事前にwebで受講し、当日は研修部分3のみ受講します。

勤務先事業所名	〇〇デイサービスセンター				
勤務先所在地	〒 OOO-XXXX 〇〇市△△ ◇-XX－□ TEL 000-000-0000　FAX XXX-XXX-XXXX				
ふりがな 受講希望者 氏 名	ふくし はなこ 福祉 花子	生年月日	昭 和 平 成　4 年 4 月 1 日		
		年 齢	26 歳	性 別	男 ・ 女
認知症介護経験年数（該当に〇印）	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28年4月 1日～平成29年3月31日	グループホーム▲▲	介護職
	～現在	〇〇デイサービスセンター	介護職

所有資格（該当に〇印）	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 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。