≪ 申　込　先 ≫

【メールの場合】kaigo@pref.ishikawa.lg.jp

【郵送の場合】〒920-8580金沢市鞍月１－１　石川県健康福祉部長寿社会課

「認知症介護サービス向上研修」担当

【ＦＡＸの場合】　076－225-1418

別紙２　参加申込書

**令和５年度　認知症介護サービス向上研修（認知症介護基礎研修）参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 申込内容 |
| 所属 | 介護保険事業所番号 |  | ※事務処理上必要ですので必ず記入してください。 |
| 法人名 |  |
| 所在地※受講決定通知の郵送先となります | （〒　　　－　　　　） |
| 施設・事業所名 |  |
| サービス種別 |  |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 受講者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 緊急連絡先 | （当日受講者に連絡のとれる番号をご記載ください）  |
| ｅラーニングによる受講が出来ない理由(該当する箇所に〇) |  | 施設、事業所、自宅等で受講環境が整備できないため |
|  | パソコン等の操作に不慣れなため |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 介護関連資格等の所有状況(該当する箇所に〇) |  | 以下の資格等のいずれも該当なし |
|  | 以下の資格等のいずれかを所有（該当の資格等に○） |
| （介護関連資格等一覧表）看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修、介護職員初任者研修、生活援助従事者研修、介護職員基礎研修課程、訪問介護員養成研修一級課程・二級課程、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修、養成施設で認知症に係る科目を受講、福祉系高校を卒業 |
| 希望日程 | 希望日程に○ | 番号 | 開催地区 | 日時・会場 | 申込締切日 |
|  | １ | 能登 | 令和5年11月1日(水) 七尾市文化ホール | 10月18日(水) |
|  | ２ | 金沢 | 令和5年11月20日(月)　地場産業振興センター | 11月6日(月) |
|  | ３ | 加賀 | 令和5年12月4日（月）小松商工会議所 |  11月21日（火） |

※申込み状況により、申込締切日前に募集を終了する場合があります。