

令和元年度認知症介護実践(実践者)研修 受講推薦書

【記入例】
(様式1)地域密着型

* 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で受付いたします。

■受講日程	・10/16(水)～17(木)、10/29(火)～31(木)、12/16(月) ※開催要綱も併せてご覧ください
-------	---

■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: 26 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:086-226-2888	FAX:086-226-3557

■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 30 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。 <u>本研修の受講要件は、原則</u> <u>「介護実務経験2年を有する方」です。</u> <u>2年以上についての証明があれば、</u> <u>全ての期間を証明する必要はありません。</u>	従事歴①:平成 29 年 4 月 1 日 ~ 平成 30 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)	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。 受講希望者が複数いる場合は、必ず記入してください。	
推薦理由 (所属長記入)		

■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、選考の対象となりませんのでご注意ください。

令和 元 年 5 月 17 日

社会福祉法人岡山県社会福祉協議会長 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