

令和4 年 5 月 10 日

令和4年度岡山県認知症介護基礎研修 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
メールアドレス ○○@abc.jp
担当者 介護 一郎

下記の者に、令和4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。
<希望する受講形態に1～2までの数字を記入してください。希望しないものは空欄としてください。>

集合型研修	1	eラーニング型研修	2
テキスト購入有無	☒ 購入を希望	☐ 不要	

※集合研修を希望する方はテキストの購入の有無について○を記入してください

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 福祉 令子	生 年 月 日 昭和 5 年 4 月 1 日 平成	年 齢 29 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 令和元年4月 1日～令和2年3月31日 令和2年4月 1日～現在	所属施設・事業所 グループホーム□□□ ○○デイサービスセンター	役職・職種等 介護職 介護職
別添3の資格 等の有無	☒ あり ・ なし		
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()		
研修受講歴	認知症介護実践研修(実践者研修)の受講歴 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。