

令和3年 月 日

(宛先) 新潟市長

(法人名)

(代表者名)

(事務担当者氏名: 連絡先TEL:)

次の職員について、新潟市が実施する令和3年度認知症介護基礎研修の受講を申し込みます。
 なお、以下の記載事項の経歴のとおりであることを証します。

(写真貼付)
 スマートフォン、デジカメ等で撮影し印刷したものでも可
 注意
 ① 6ヶ月以内に撮影したもの
 ② 正面、無帽、無背景
 ③ 縦45mm×横35mm

フリガナ	
受講者氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日
職位	管理者・施設長・主任・リーダー・副主任・副リーダー・その他()・職位なし

※ 裏面の注意事項をご参照の上、太枠内をご記入ください。

サービス種別		職 種 管理者・計画作成担当者・介護支援専門員・介護職員・看護職・相談員・調理師・運転手・事務員・その他	
現勤務事業所の所在地及び連絡先	(住所) 〒 (名称) 事業所TEL: 事業所FAX:		
勤務形態	フルタイム・それ以外の非常勤等		
夜勤の有無	夜勤あり(月約 回)・夜勤なし		
		資 格 等 看護師・准看護師・介護福祉士・介護支援専門員・実務者研修修了者・介護職員初任者研修修了者・生活援助従事者研修修了者・介護職員基礎研修課程修了者・訪問介護員養成研修一級課程・同二級課程・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・きゆう師・その他()・資格等なし	
介護職勤務歴	勤務年数	サービス種別及び事業所名	業務内容
記入例	3年2ヶ月	特別養護老人ホーム ◎◎苑	介護職

〈勤務経歴(合計)〉

勤務経歴	年 月
------	-----

(申込書記載に当たっての注意事項)

- 申込は、必ず法人の長の名前で行ってください(施設長・事業所の長の名は不可)。押印は不要です。
- 申込書に記入漏れ等の不備がある場合は、受講決定できません。
- 虚偽等の記載があった場合は、受講または修了認定を取り消す場合があります。
- 現勤務事業所サービス種別欄：施設種別及びサービス名を記載してください。(例：特別養護老人ホーム 等)
- 「現勤務事業所の所在地及び連絡先」：受講決定等の送付先になりますので、受講者が現在所属している事業所について記載してください。(なお、現在の所属先を記載することに支障がある場合は、通知を希望する事業所名等で記載ください。)