

認知症介護実践リーダー研修申込者一覧表

令和3年 月 日

施設・事業所名称：_____

優先順位	申込者氏名	優先条件の有無 〔短期利用共同生活 介護費算定要件〕
1		有 ・ 無
2		有 ・ 無
3		有 ・ 無
4		有 ・ 無

- 注1 受講希望者が所属する施設・事業所ごとに記入すること。
- 2 申込者が多数の場合、優先順位が高い者から受講決定するので、受講させたい申込者の氏名を上位に記入すること。
- 3 「優先受講要件の有無」欄は、認知症対応型共同生活介護事業所のみ記入すること。
(該当するものに○を記入すること。)
- 4 施設・事業所は申込書類を取りまとめ、本紙を表紙にして提出すること。