

# DCM研修基礎コース受講申込書（東京開催分）

写真貼付欄  
3×2.5程度

|                                    |   |     |          |                   |           |          |     |
|------------------------------------|---|-----|----------|-------------------|-----------|----------|-----|
| 応募回数                               | 初めて・（ ）回目                                 |     |          |                   |           |          |     |
| フリガナ                               |   |     | 生年<br>月日 | 西暦<br>年<br>月<br>日 | 年齢<br>歳   | 性別       | 男・女 |
| 氏名                                 |   |     |          |                   |           |          |     |
| フリガナ                               |   |     |          |                   |           |          |     |
| 自宅住所                               | 〒   |     |          |                   |           |          |     |
| 自宅連絡先                              | 電話番号                                      |     |          |                   | FAX番号     |          |     |
| フリガナ                               |   |     |          |                   |           | サービス種別   |     |
| 職場名                                |   |     |          |                   |           |          |     |
| フリガナ                               |   |     |          |                   |           | 職種および職位  |     |
| 職場住所                               | 〒   |     |          |                   |           |          |     |
| 勤務連絡先                              | 電話番号                                      |     |          |                   | FAX番号     |          |     |
| Eメール<br>アドレス                       |   |     |          |                   | 書類送付先     | 自宅 ・ 勤務先 |     |
| 健康状況など                             | 受講に際して、事務局の配慮が必要だと思われる場合お書きください。例：車椅子での参加 |     |          |                   |           |          |     |
| シルバー総合研究所の会員に入会しますか<br>(○で囲んでください) |   |     | はい       | いいえ               | すでに入会している |          |     |
| 主 な 職 歴                            |   |     |          | 認知症介護に関する研修の受講歴   |           |          |     |
| 年 月～                               |   | 年 月 |          |                   |           |          |     |
| 年 月～                               |   | 年 月 |          |                   |           |          |     |
| 年 月～                               |   | 年 月 |          |                   |           |          |     |
| 主 な 資 格                            |   |     |          |                   |           |          |     |
|                                    |   |     |          |                   |           |          |     |
|                                    |   |     |          |                   |           |          |     |
| 受講希望理由を簡単にお書きください                  |   |     |          |                   |           |          |     |
|                                    |   |     |          |                   |           |          |     |
|                                    |   |     |          |                   |           |          |     |
|                                    |   |     |          |                   |           |          |     |
|                                    |   |     |          |                   |           |          |     |

上記のとおり申し込みます。

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

## 「DCM研修基礎コース申込書」 記入要領

1. 様式右上欄外に**申込日前3か月以内**の受講希望者の写真を貼付して下さい（3.0×2.5cm程度）。  
又、**同じ写真を1枚同封**して下さい。（裏面にご記名下さい）
2. 氏名欄及び自宅住所欄には**フリガナ**をつけて下さい。
3. 職場名・職場住所には**フリガナ**をつけて下さい。  
また、所属部署・学部名等もお書きください。                    例：〇〇法人   〇〇〇   〇〇課   など
4. サービス種別欄は、施設・事業所のサービス種別をお書きください。  
職種および職位名欄には、職種をご記入下さい。職位があれば同じ欄にお書き下さい。  
職種を兼務しているものがある場合は、主な職種を1つだけお書きください。  
\* 下記を参考にしてください。

職種および職位の例

|         | 職種                     | 職位                              |
|---------|------------------------|---------------------------------|
| 組織経営    | 管理者                    | 理事長・理事・施設長・副施設長など               |
| 介護部門    | 介護福祉士・社会福祉士・ホームヘルパー・など | 介護長・介護主任・フロアリーダー・副主任・ユニットリーダーなど |
| 看護部門    | 保健師・助産師・看護師など          | 総看護師長・看護部長・師長・看護主任など            |
| リハビリ部門  | 理学療法士・作業療法士など          | リハビリ科科長・リハビリ主任・リハビリ部門責任者など      |
| 相談員     | 生活相談員                  | 主任生活相談員                         |
| 介護支援専門員 | 介護支援専門員                | 主任介護支援専門員・計画作成担当者など             |
| 医師      | 医師                     | 病院長・医院長・医長など                    |
| 教育関係    | 教員                     | 教授・准教授など                        |

5. 書類送付先には、ご案内状・認定書等の書類の送付希望先（自宅又は勤務先）を丸印でお書き下さい。
6. Eメールアドレス欄は、自宅アドレス又は勤務先アドレス（連絡可能なもの）をお書き下さい。
7. 主な資格欄は、保有資格をお書き下さい。
8. 主な職歴欄は、直近時から3か所程お書き下さい。
9. 認知症介護に関する研修の受講歴欄は、主なものをお書き下さい。  
海外で受講した研修でも結構です。
10. 研修受講希望理由欄は、申し込んだ動機や受講希望者の特に強調したい認知症介護に関する考え方等を簡潔にお書き下さい。
11. 参考までに、今までに本研修にご応募された回数を教えて下さい。（左上欄）

**■ 郵送先**  
 〒338-0812  
 さいたま市桜区神田313-1 B105  
 NPO法人シルバー総合研究所  
 電話 048-711-7144