茨城県介護予防リハビリ専門職指導者養成研修　修了申請書

受講開始年度（☑を記入)：□平成27年度　□平成28年度　□平成29年度　□平成30年度

申請日　平成　　年　　月　　日

氏名(フリガナ)：

所属施設名：

施設住所（自宅会員の場合は自宅）

　〒

生年月日(西暦)：　　　　　　　　　　　免許取得年（西暦）　　　　年

職種(☑を記入)：□理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士

会員番号(PT・OTのみ)：

連絡先(e-mail)：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 初期研修免除(証明不要)Or本研修受講日 | 導入研修免除(証明不要)Or本研修受講日 | 指定研修 **認知症**免除(証明必要)or本研修受講日 | 指定研修**活動参加**免除(証明必要)or本研修受講日 | 実践研修免除規定なし |
| 介護予防推進リーダー | **免除**・ＰＴ（〇を囲む）1. e ラー二ング
2. 推進リーダー推薦書
3. ケアマネ資格など

その他（　　　　）・ＯＴ　免除規定番号（下記に番号等を記入）　　　 　　　・ＳＴ　免除規定番号（下記に番号等を記入）　　　 　　　**免除なし**研修受講日平成　　年　　月　　日 | **免除****免除なし**研修受講日平成　　年　 月　　日 |  |  | 研修受講日平成　 年　 月 日　　　 |
| 地域包括ケア推進リーダー | **免除****免除なし**研修受講日平成　　年　 月　　日 | **免除****免除なし**研修受講日平成　 年　 月　 日 | **免除****免除なし**研修受講日平成　 年　 月 日 | 研修受講日平成　 年　 月 日　　 |

事務局記載欄　　受付日　　平成　　　年　　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認日及び確認者 | 修了書番号 | 備考 |
|  |  |  |