様式第６号（事業所⇒保険者⇒福祉人材センター）

平成　　年　　月　　日

社会福祉法人
島根県社会福祉協議会会長　　様

所属（施設、事業所）名

所属長（施設長、管理者）名　　㊞

認知症対応型サービス事業管理者研修　受講申込書

このことについて、下記の職員を研修生として、開催要項の注意事項について了承、同意のうえ、受講を申込みます。

<table>
<tr><td colspan="2">受講回・会場</td><td colspan="3">第（　　）回　（　　）会場</td></tr>
<tr><td colspan="2">ふりがな</td><td colspan="2"></td><td>性　別</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="3">昭和・平成　　年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td colspan="2">職　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">勤務先事業所等</td><td>法 人 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業所種別
(該当する番号に○をしてください)</td><td colspan="3">1　認知症対応型共同生活介護　　2（認知症対応型）通所介護　　3　訪問介護・看護
4（看護）小規模多機能型居宅介護　5　介護老人福祉施設　　6　介護老人保健施設
7　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒　　－</td></tr>
<tr><td>事業所 TEL</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">実践者研修
修了年月日
(いずれかにチェックをしてください)</td><td colspan="3">□　認知症介護実践研修「実践者研修」修了済
□　痴呆介護実務者研修「基礎課程」　修了済
□　H12～17 年度の実践リーダー研修「専門課程」修了済
□　今年度の認知症介護実践研修「実践者研修」修了予定
→修了予定コース　第（　）回（　　）会場
修了年月日（　　年　　月　　日　）※修了証書写し添付必要</td></tr>
<tr><td colspan="2">研修受講理由</td><td colspan="3">□　①新たに事業者指定を受ける際の管理者要件を満たすため
□　②既設事業者で管理者の変更届のため
□　③その他　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">事業開設予定等
(新規開設の予定がある場合のみご記入下さい)</td><td>事業所種別</td><td colspan="2">□　指定小規模多機能型居宅介護
□　指定認知症対応型共同生活介護
□　指定認知症対応型通所介護
□　指定看護小規模多機能型居宅介護
□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>事 業 所 名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>開設年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">申込内容の問合先</td><td colspan="3">担当者氏名：
TEL：　　FAX：</td></tr>
</table>