

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 ㊟

令和元年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講申込書

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。

受講回・会場		第（ ）回（ ）会場	
ふりがな		性別	
氏名		男・女	
生年月日		昭和・平成 年 月 日生	
職名			
勤務先事業所等	法人名		
	事業所名		
	事業所種別 (該当する番号に○をしてください)	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 ()	
	住所	〒 -	
	事業所 TEL		
介護支援専門員 登録番号	サテライト型のみ勤務される方は、資格をお持ちの方のみご記入ください。 (8桁) ※介護支援専門員証写し添付必要		
実践者研修 修了年月日 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修「実践者研修」修了済 <input type="checkbox"/> 痴呆介護実務者研修「基礎課程」修了済 <input type="checkbox"/> H12～17年度の実践リーダー研修「専門課程」修了済 <input type="checkbox"/> 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		
研修受講理由 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> ①新たに事業者指定を受ける際の計画作成担当者要件を満たすため <input type="checkbox"/> ②既設事業者で計画作成担当者変更届のため <input type="checkbox"/> ③その他 ()		
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)	事業所種別	<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 指定看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	事業所名		
	開設年月日	年 月 日	
申込内容の問合せ先	担当者氏名：		
	TEL：	FAX：	