様式第６号（事業所⇒保険者⇒福祉人材センター）

令和　　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　　㊞

令和元年度 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。

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		
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)		□　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**	
研修受講理由		□　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　（　　）	
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	□　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（　　）	
	事 業 所 名		
	開設年月日	年　　月　　日	
申込内容の問合先		担当者氏名：	
		TEL：	FAX：