

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2年度 島根県認知症介護実践研修「実践者研修」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		
身体介護の実務 経験年数	現職場での経験年数	年 月	
	通年経験年数	年 月（※他事業所の経験も含む）	
職名	（※現在の業務上の職種を記入）		
資格等	※該当する番号全てに○をしてください（グループ編成・演習事例参考のため） 1. 介護福祉士 2. 介護支援専門員 3. 看護師・准看護師 4. 訪問介護員（ ）級 5. 実務者研修 6. 初任者研修 7. 資格なし 8. その他（ ）		
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	〒 ー	
	事業所 TEL		
	事業所内 状況	※修了者人数、事業所人数（事業所内の全職種の就業人数）を必ず記入して下さい 実践者研修修了者人数（ ）人 ・ 事業所人数（ ）人 優先順位（ ）※同一事業所内で複数名申込の場合のみ記入	
研修受講理由※ （いずれかにチェック）	<input type="checkbox"/> ① 指定地域密着型サービスの管理者要件を満たすため		
	<input type="checkbox"/> ② 指定地域密着型サービスの計画作成担当者要件を満たすため		
	<input type="checkbox"/> ③ 短期利用共同生活介護従事者要件を満たすため		
	<input type="checkbox"/> ④ その他（理由： ）必ず記入		
申込内容の問合せ先	担当者氏名：		
	TEL：	FAX：	

【備考】研修受講理由欄の①～③については、実践者研修を受講しないと指定地域密着型サービス指定・運営基準を満たせない場合など受講者の選定にあたって特に配慮してもらいたい理由がある場合、該当項目にチェックを入れてください。

※事業所の新規開設の予定がある場合はこちらにご記入ください。

事業所名			
事業所種別	開設年月日	令和 年 月 日	