

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 | サテライト型のみに勤務される方は、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 (令和 年 月予定) ※指定予定月を記入 <input type="checkbox"/> ②既設事業者で計画作成担当者変更届のため (令和 年 月予定) ※変更予定月を記入 <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"/> 指定看護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"/> その他 () |
| | 事業所名 | |
| | 開設年月日 | 令和 年 月 日 |
| 申込内容の問合先 | 担当者氏名： | |
| | TEL： | FAX： |