

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 4 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。

会 場	( ) 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		資 格	
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)	※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. 小規模多機能型居宅介護      6. 介護老人福祉施設 7. 介護老人保健施設      8. 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)	<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 ( ) 会場 <b>修了年月日 ( 年 月 日 ) ※修了証書写し添付必要</b>		
研修受講理由 (①②を選択した場合は予定月をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 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 (令和 年 月予定)		
	<input type="checkbox"/> ②既設事業者で管理者の変更届のため (令和 年 月予定)		
	<input type="checkbox"/> ③その他 (理由: ) 必ず記入		
事業開設予定等 (新規開設の予定がある場合のみご記入ください)	事業所種別	<input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <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 :	