

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5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。

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			
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. 小規模多機能型居宅介護 2. (看護) 小規模多機能型居宅介護 3. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 4. その他 ()	
	事業所 所在地	〒 ー ※FAXでご案内を通知する場合があります。(要記入) TEL : FAX :	
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 () 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"/> 指定介護予防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	令和 年 月 日	
申込内容の問合せ先	担当者氏名 : TEL : FAX :		