

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。

		1回目	2回目	(○をしてください)
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) 通所介護 2. (介護予防) 通所介護 3. (認知症対応型) 共同生活介護 4. (介護予防) 共同生活介護 5. 小規模多機能型居宅介護 6. (看護) 小規模多機能型居宅介護 7. (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 8. その他 ()		
	住所	〒 —		
	事業所 TEL/FAX	TEL :	FAX :	
	※FAXでご案内を通知する場合があります。(要記入)			
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 修了年月日 (年 月 日) ※修了証書写し添付必要			
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
申込内容の問合せ先	担当者氏名 :			
	TEL :		FAX :	