様式第2号（保険者⇒福祉人材センター）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和年月日

　島根県社会福祉協議会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保険者の長

令和6年度「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」（　　　　　会場）

　に係る申込書について

　このことについて、別紙のとおり　　事業所より受講の申し込みがありました。

　なお、研修申込者のうち、指定地域密着型サービス指定・運営規定を満たすため当該研修を受講させたい者については、別紙総括表により推薦しますので特段の配慮をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

提出書類

　　1. 総括表（様式第2号 別紙）

2. 受講申込書（様式第7号）

3. 認知症介護実践研修「実践者研修」又は痴呆介護実務者研修「基礎研修」の修了証書の写し

4. 介護支援専門員証の写し