

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6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	〒 - TEL : FAX : ※FAXでご案内を通知する場合があります。(要記入)
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) ※修了証書写し添付必要	実践者研修等	
	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践研修「実践者研修」修了済	修了年月日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 痴呆介護実務者研修「基礎課程」修了済	年 月 日
	<input type="checkbox"/> H12～17年度の実践リーダー研修「専門課程」修了済	年 月 日
	<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 () 会場 1回目はI松江・II出雲の修了予定者。2回目はI松江・II出雲・III浜田の修了予定者が申込可能。	
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
申込内容の問合先	担当者氏名 :	
	TEL :	FAX :