

平成30年度〔第  回〕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

※受講希望回を必ず記入して下さい

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所長様

申込責任者及び申込事務担当者 **※申込責任者は、原則として申込者の勤務する法人の所属長になります**

会社・病院等 法人名				代表者印
代表者	役職		氏名	印
部署・施設・事業所名				
現所属長	役職		氏名	所属長印
事務担当※	所属 役職等		氏名	印
連絡先	TEL (日中)	— —	FAX	

※申込内容の確認等事務連絡がある時、所属長が直接ご対応頂く場合に限り事務担当欄は省略可

※記入漏れ等の不備がある場合、選考の優先順位が下がる又は受講不可となる等の不利益が生じる場合がありますので、よく確認してください

下記職員について、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を申込みます

> 『認知症介護研修の留意事項』参照してください

申込者（受講希望者）

氏名	姓	名	性別	生年月日	年齢
			男 女	昭和 平成	年 月 日生
現勤務先	施設・事業所名				職名
	所在地	〒	—	都道府県	市町
	連絡先	TEL	— —	FAX	— —
	メールアドレス※				
サービス種別	該当する主なものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい（その他の場合はサービス種別名を記載）				サービス種別番号
	① 特別養護老人ホーム ② 介護老人保健施設 ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ④ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑤ 認知症対応型通所介護事業所 ⑥ 通所介護事業所 ⑦ 居宅介護支援事業所 ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ⑨ 特定施設入居者生活介護事業所(介護付有料老人ホーム等) ⑩ その他				➔
取得資格	該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい ※複数回答可（その他の場合は資格名を記載）				取得資格番号
	① 医師 ② 看護師・准看護師 ③ 社会福祉士 ④ 介護福祉士 ⑤ 介護員養成研修修了※ ⑥ 介護支援専門員 ⑦ その他 ※ 介護員養成研修は訪問介護員養成研修1級及び2級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修・実務者研修の総称とします				➔
認知症介護実践研修（実践者研修）修了日		平成		年	月 日
※修了見込日を含みます				認知症介護実務経験年月数	年 月
				※上記経験以外も含む総年月数	

※修了証書または受講決定通知書、受講証明書等の写しを添付のこと

※認知症介護実務経験年月数は受講希望研修1日目の前月末時点での年月数を記入のこと

受講希望の理由	該当するものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい			受講希望番号
	① 新規開設する事業所の計画作成担当者に就任 ② 既に計画作成担当者に就任している ③ 既存の事業所の計画作成担当者に就任予定			➔
	受講希望番号①を選んだ場合	開設予定日	平成	年 月 日
	受講希望番号②または③を選んだ場合	従事(予定)日	平成	年 月 日
		従事する理由を下から1つ選び番号を右に記入して下さい（その他は理由を記載）		理由番号
		① 前任者の退職 ② 前任者の異動 ③ その他		➔
		従事理由内容(③その他の場合のみ)		
全員記入	従事(予定)事業所名			所在地市町名
	従事(予定)事業所サービス種別	該当するものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい		サービス種別番号
		A 小規模多機能型居宅介護 B 看護小規模多機能型居宅介護		➔