

2026年度〔第 1 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

記入例

※受講希望回を必ず記入

兵庫県社会福祉事業団 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

申込日 2026 年 8 月 15 日

代表者・申込責任者・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

Table with 4 columns: 会社・病院等法人名, 代表者, 部署・施設・事業所名, 申込責任者(現所属長等), 事務担当, 連絡先. Includes fields for 社会福祉法人〇〇〇福祉会, 理事長 日本 一郎, 介護サービス事業部, 部長 兵庫 次郎, 総務課 課長 福祉 はじめ, and TEL/FAX numbers.

※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

下記職員について、本研修の受講を申込みます。

※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。 > 『認知症介護研修の留意事項』 2項 参照

申込者（受講希望者）

※申込責任者と申込者が同一人物は不可

Main applicant form with sections: 氏名 (研修 太郎), 現勤務先 (小規模多機能型事業所), 所在地 (兵庫県), 連絡先, メールアドレス, サービス種別 (特別養護老人ホーム), 取得資格 (医師, 介護員養成研修修了), 認知症介護実践研修修了日 (令和元年 10月30日), 認知症介護実務経験年数 (18年).

※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

※認知症介護実務経験年数は受講希望研修1日目の前月末時点での年数月数を記入

Application reason form with sections: 受講希望の理由 (新規開設/既に計画作成担当者), 受講希望番号①を選んだ場合 (開設予定日), 受講希望番号②または③を選んだ場合 (従事(予定)日, 従事理由), 全員記入 (従事(予定)事業所名, サービス種別).

※代表者印欄・所属長印欄・申込者本人印欄 共に要押印