令和　　　年　　　月　　　日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長　様

（法人又は事業所等名）

（法人又は事業所等の代表者職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　印

※該当箇所にチェック☑し、記入欄の事項を全てご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望研修＊複数申込む場合は本書を申込数分ご提出ください。 | **□** 認知症対応型サービス事業開設者研修**□** 認知症対応型サービス事業管理者研修**□** 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 事業所等名称 | （介護保険事業所番号：　　　　　　　　　　　　　） | ＴＥＬ　　　 |  |
| 事業所等住所 | 〒 | ＦＡＸ |  |
| サービス区分 | **□**小規模多機能型居宅介護　　　　　　　**□**認知症対応型共同生活介護（ＧＨ）**□**看護小規模多機能型居宅介護　　　　　**□**認知症対応型通所介護**□**介護老人福祉施設　　　　　　　　　　**□**介護老人保健施設**□**介護療養型医療施設　　　　　　　　　**□**その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者 | ふりがな |  | 生年月日 | 昭和・平成　　 年 　　月 　　日 |
| 氏　名 | 印　 |
| 性別 | 男　　・　　女 |
| 保有資格 | **□**医師　　　　　　　**□**保健師　　　　　　**□**看護師　　　　　　　**□**准看護師**□**社会福祉士　　　　**□**介護福祉士　　　　**□**介護支援専門員　　　**□**その他（　　　　　　　　　　　　　）　**□**資格なし注）計画作成担当者研修は、原則として「介護支援専門員」有資格者の受講となります。 |
| 認知症介護実践者研修受講履歴 | **□**実践者研修（旧基礎課程含む）修了済（　平成　・　令和　　　　年）**※****□**実践者研修修了予定（第　　　期申込）**※管理者研修、計画作成担当者研修の受講希望者は、必ず修了証書（写し）を添付**してください。 |
| 認知症介護業務経験 | 　　　　年　　　ヶ月（令和３年４月末日現在） |
| 受講希望 | 管理者研修受講希望者のみ記入：第１希望（　　　期）※調整させていただく場合があります |

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望理由 | **□**①現在所属している事業所の（ 開設者 ・ 管理者 ・ 計画作成担当者 ）に就任したため。**□**②既存事業所で新たに（ 開設者 ・ 管理者 ・ 計画作成担当者 ）に就任予定であるため。**□**③新たに開設する事業所の（ 開設者 ・ 管理者 ・ 計画作成担当者 ）に就任予定であるため。 |
| ＊上記②、③にチェック☑された場合は、就任予定時期及び事業所名（サービス区分）を記入してください。・就任予定時期：　　　　年　　月・事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| **申込締切：５月10日(月)　※必着****各市町村介護保険担当課宛**注）本書は、事業所所在（予定）管轄の**市町村介護保険担当課（地域密着型サービス指定担当課）へ提出**しお申込みください。（研修事務局への直接提出ではありません。） | ≪連絡担当者≫　**＊必ずご記入ください**職名：氏名：TEL：　　　　　　　　　　　FAX： |

※氏名及び生年月日は、修了証書の記載事項ですので、正確にご記入ください。