

■ 受講申込書チェックシート

* 下記事項をチェックのうえ、受講申込書を御提出ください。本チェックシートを提出する必要はありません。提出書類に不備・不足があった場合、または申込締切を過ぎた場合は、受講申込を受理することができませんので、御注意ください。

◇ 全研修共通

チェック	確認事項
<input type="checkbox"/>	生年月日及び受講希望者氏名は、正確に記入しましたか。
<input type="checkbox"/>	必要事項を全て記入しましたか。チェック☑も全てしましたか。

◇ 実践者研修

推薦書を必要としない場合の申込先は、いきいき岩手支援財団です。

<input type="checkbox"/>	受講希望時期（第2希望まで）を明記していますか。
<input type="checkbox"/>	（該当する場合） 管理者研修、計画作成担当者研修、認知症対応型共同生活介護事業所の計画作成担当者就任予定に☑及び記入しましたか。 → <u>こちらを☑した方の申込先は、市町村の介護保険担当課です。</u>
<input type="checkbox"/>	認知症介護基礎研修の修了証書または所有資格の証明書の写しは添付しましたか。 ※ 基礎研修の受講が免除される所有資格についての詳細は、ホームページをご確認ください。なお、複数の資格をお持ちの場合は、いずれか1つをご提出ください。
<input type="checkbox"/>	（必要に応じて） 通信欄を記入しましたか。

◇ 実践リーダー研修

推薦書を必要としない場合の申込先は、いきいき岩手支援財団です。

<input type="checkbox"/>	実践者研修修了証書の写しを添付していますか。
<input type="checkbox"/>	（該当する場合） 認知症対応型共同生活介護事業所の短期利用に☑及び記入しましたか。 → <u>こちらを☑した方の申込先は、市町村の介護保険担当課です。</u>
<input type="checkbox"/>	（必要に応じて） 通信欄を記入しましたか。

◇ 開設者研修

申込先は、市町村の介護保険担当課です。

<input type="checkbox"/>	受講希望研修名を☑しましたか。
<input type="checkbox"/>	受講希望理由を☑及び記入しましたか。

◇ 管理者研修・計画作成担当者研修

申込先は、市町村の介護保険担当課です。

<input type="checkbox"/>	受講希望研修名を☑しましたか。
<input type="checkbox"/>	受講希望理由を☑及び記入しましたか。
<input type="checkbox"/>	実践者研修修了証書の写しを添付していますか。
<input type="checkbox"/>	（実践者研修未受講の場合） 実践者研修の受講申込をしましたか。 → 管理者または計画作成担当者研修の申込書と一緒に、 市町村の介護保険担当課へお申込みください。 その際は、実践者研修「 第1期 」でお申込みください。