

# 令和5年度 岩手県認知症対応型サービス事業開設者研修等受講申込書

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) \_\_\_\_\_

※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 *複数申込み場合は本書を申込数分ご提出ください。	<input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業開設者研修 <input type="checkbox"/> 認知症対応型サービス事業管理者研修 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (GH) <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 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		性別	男 ・ 女	
	保有資格	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 実践者研修 (旧基礎課程含む) 修了済 (平成・令和 年) ※ <input type="checkbox"/> 実践者研修修了予定 (第 _____ 期申込) <b>※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。</b>			
	認知症介護業務経験	年 月 (令和5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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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: _____ ( _____ )

<b>申込締切: 5月12日(金) ※消印有効</b> <b>各市町村介護保険担当課宛</b> 注) 本書は、事業所所在(予定)管轄の <b>各市町村介護保険担当課(地域密着型サービス指定担当課)</b> 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。