

令和6年度岩手県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

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。

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"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <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"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <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)					
	認知症介護業務経験	_____ 年 _____ 月 (令和6年4月末日現在)					
添付書類	<input type="checkbox"/> 実践者研修の修了証書 (写し) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 (写し)						

受講希望理由	<input type="checkbox"/> ①現在所属している事業所の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計画作成担当者に就任予定であるため。
理由	<input type="checkbox"/> ③新たに開設する事業所の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13日(月) ※消印有効 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) へお申込みください。 (研修事務局への直接申込みではありません。)	《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。