



平成 31 年度岩手県認知症対応型サービス事業開設者研修等研修受講申込書

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"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (GH) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <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	印	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 _____ 年) ※ <input type="checkbox"/> 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 _____ 月 (平成 31 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: _____ (_____)

申込締切: 5月13日必着 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 してお申込みください。(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。