

■ 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"/>	押印（代表者および本人印）はしていますか。
<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"/>	（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。