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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 |  |  |
| 施設・事業所名 |  |  |
| 施設・事業所長職・氏名 |  |  |
| 連絡担当者職・氏名 |  | TEL　 |
| FAX　 |

※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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所等 | 事業所名 |  | 介護保険事業所番号　　　 | 0 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所住所 | 〒 | TEL |  |
| FAX |  |
| サービス区分 | **□**小規模多機能型居宅介護　　　　　　　**□**認知症対応型共同生活介護（ＧＨ）**□**看護小規模多機能型居宅介護　　　　　**□**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 | 　 |
| 職　名 |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 保有資格 | **□**社会福祉士　　　　**□**介護福祉士　　　　**□**介護支援専門員　　　**□**その他（　　　　　　　　　　　　　）　**□**資格なし |
| 認知症介護実務経験 | 　　　　年　　　ヶ月（令和７年４月末日現在） |
| 居住地 | お住いの市町村名をご記入ください。　　　　　　　　　　　　市・町・村 |

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望理由 | **□**①現在所属している事業所の開設者に就任したため。**□**②既存事業所で新たに開設者に就任予定であるため。**□**③新たに開設する事業所の開設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12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。） |

※修了証書に記載しますので、氏名の漢字及び生年月日は正確にご記入ください。