計

令和7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　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	事業所等名称		介護保険事業所番号	0 3
	事業所等住所	〒	TEL	
			FAX	
	サービス区分	□小規模多機能型居宅介護　□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	□介護支援専門員　□介護福祉士　□その他（　　） □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	□実践者研修（旧基礎課程含む）修了済（　平成・令和　　年）※修了証書（写し）を添付 □実践者研修修了予定（第　　期申込）※可能な限り第１期をご受講ください。	事務局確認欄	□
	認知症介護実務経験	年　　ヶ月（令和７年４月末日現在）		
	添付書類	□実践者研修の修了証書（写し）　□介護支援専門員証（写し）		

受講希望理由	□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。 □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。 □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 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。）

※修了証書の記載事項ですので、氏名の漢字及び生年月日は正確にご記入ください。