

(第1号様式)

〇〇市長

様

記載例 (地域密着型の事業所の場合)

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修 受講申請書

氏名と生年月日は修了証書に印刷されるので間違いがないようにしてください。

研修回数	令和	年度										
ふりがな	ちば たろう		生年月日									
氏名	千葉 太郎		<input type="checkbox"/> 昭和	5	年	4	月	20	日	32	歳	
保有資格	<input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士		<input type="checkbox"/> 社会福祉士		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員		<input type="checkbox"/> 訪問介護員					
	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師・准看護師		<input type="checkbox"/> 保有資格無 (基礎研修修了年月)		<input type="checkbox"/> その他 ()							
職 種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員		<input type="checkbox"/> 管理者		<input type="checkbox"/> 計画作成者		<input type="checkbox"/> 生活相談員		身体介護業務 通算経験年数		10	年
	<input type="checkbox"/> 看護職員		<input type="checkbox"/> その他 ()									
実践者研修修了の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (令和3 年度修了) → 認知症介護実践者研修修了証の写し添付 ※いずれかに○ (研修の一部免除を希望 <u>します・しません</u>) <input type="checkbox"/> 無											
施設・事業所名	法人名		社会福祉法人〇〇会				高さを揃えてください。 ※0 (オー) と 0 (ゼロ) に注意 ※小文字と大文字の区別を しっかりつけてください。					
	〒		〇〇〇-〇〇〇〇									
連絡先	所在地 (送付先)		千葉県 〇〇市~									
	電話番号		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		FAX番号		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					
連絡先	事務担当者名		事務 鈴木		電話番号		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇					
	メールアドレス		△△@◆◆.co.jp									
事業所の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 地域密着型 (介護予防) サービス事業所 (いずれかに○) (通所・認知症対応型通所・小多機 <u>グループホーム</u> ・看多機・その他)											
	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		<input type="checkbox"/> 介護医療院							
受講目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 訪問介護		<input type="checkbox"/> 訪問看護		<input type="checkbox"/> 通所介護		<input type="checkbox"/> 通所リハビリ					
	<input type="checkbox"/> その他 ()											
受講目的 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 管理者を変更するため ※就任日又は予定日		令和7		年		10		月			
	<input type="checkbox"/> 地域密着型 (介護予防) サービス事業所を新規開設するため		※事業所の新規開設予定日		年		月					
受講目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 認知症実践リーダー研修の受講を希望するため											
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を希望するため											
受講目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 認知症介護指導者養成研修の受講を希望するため											
	<input checked="" type="checkbox"/> 自分のスキルアップのため											
受講目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 受けるように薦められたため											
	<input type="checkbox"/> 施設・事業所で加算を取得するため											
受講目的 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> その他 ()											
	上記の者を、千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修の受講希望者として、申請します。											
施設・事業所長名		認知 症太郎										

チェックボックスには、当てはまるものにチェックを入れてください。

資料送付等に使用します。勤務先か個人の連絡先、どちらかを御記入ください。