

<記入例>

令和〇〇年△△月〇日

北九州市長 様

申込者 〒800-0000
 住所：北九州市門司区〇〇二丁目△□-□
 法人名：医療法人 〇〇会
 事業所名：グループホーム□□
 代表者名：理事長 □□ △△
 電話番号：093-000-0000
 担当者名：門司 次郎

忘れずに担当者も記入してください。

令和2年度第 期 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載してください。（「高」を「高」など略さないでください。）

フリガナ	ケンシュウ タロウ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年□月 △日 <input type="checkbox"/> 西暦
受講希望者氏名	研修 太郎		
実践者研修(旧基礎課程)修了年月日		〇〇年△月〇日	
サービス種別	<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"/> 認知症対応型通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
職種 (※該当するもの全てにチェックしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス担当者 <input checked="" type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
資格 (※該当するもの全てにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー 級) <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
<該当する項目の“□”に“レ”でチェックし、内容を記載してください。> <input type="checkbox"/> <u>すでに管理者に就任している</u> 【事業所名及び所在区】 _____ (_____ 区) 【事業所の種別】 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input checked="" type="checkbox"/> <u>今後、管理者に就任する予定である</u> 【就任予定年月日】 令和〇〇年△△月□□日 【就任予定事業所名及び所在区】 _____ グループホーム□□ (門司区) 【事業所の種別】 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 「認知症対応型サービス事業管理者研修に係る特別推薦」及び「変更届」を提出している			
<特記事項>			

実践者研修の修了証書年月日記入してください。受講予定の方は、修了予定年月日を記入してください。

現在勤務しているサービス種別にチェックしてください。

現在の職種にチェックしてください。

※認知症介護実践者研修(旧基礎課程)修了証書の写しを必ず添付してください。

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用は致しません