

北九州市長 様

申 込 者 庁  
 書類送付先住所：  
 法 人 名：  
 事 業 所 名：  
 代 表 者 名：  
 電 話 番 号：  
 担 当 者 名：

## 令和6年度 第2期 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

※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		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 西暦
受講希望者 氏名			
実践者研修 (旧基礎課程) 修了年月日	年 月 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"/> 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 type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 生活相談員・支援相談員 <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 type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ヘルパー 級) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 無し		
<p>&lt; 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。 &gt;</p> <p><input type="checkbox"/> <u>すでに計画作成担当者に就任している</u>        【事業所名及び所在区】 _____ ( _____ 区)        【事業所の種別】  <input type="checkbox"/> <u>小規模多機能型居宅介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>看護小規模多機能型居宅介護事業所</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>今後計画作成担当者に就任する予定である</u>        【就任予定年月日】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日        【就任予定事業所名及び所在区】        _____ ( _____ 区)        【事業所の種別】  <input type="checkbox"/> <u>小規模多機能型居宅介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>看護小規模多機能型居宅介護事業所</u></p> <p><input type="checkbox"/> 「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修に係る特別推薦」及び「変更届」を提出している</p>			
<p>&lt; 特記事項 &gt;</p>			

※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