

<記入例>

様式第1号(第5条関係)

令和〇年△△月〇日

北九州市長 様

申込者 〒800-0000

書類送付先住所: 北九州市八幡西区〇〇二丁目△□一□

法人名: 株式会社 〇〇

事業所名: 小規模多機能型居宅介護 △△

代表者名: 代表取締役 〇〇 □□

電話番号: 093-000-0000

担当者名: 門司 次郎

忘れずに担当者名も記入してください。

令和8年度 第 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。)

実践者研修の修了証書年月日を記入してください。受講予定の方は、修了予定年月日を記入してください。	フリガナ	ケンシュウ ヨウコ	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
	研修希望者氏名	研修 洋子		
	実践者研修(基礎課程)修了年月日	〇〇年△月□□日	サービス種別	<input checked="" 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	<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 支援相談員 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> その他()		
	資格	<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() <input type="checkbox"/> 無し		

※該当するもの全てにチェックしてください

※該当するもの全てにチェックしてください

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。

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。>

すでに計画作成担当者に就任している
【事業所名及び所在区】 _____ (_____ 区)
【事業所の種別】
小規模多機能型居宅介護事業所 看護小規模多機能型居宅介護事業所

今後計画作成担当者に就任する予定である
【就任予定年月日】 令和〇年 △月 □日
【就任予定事業所名及び所在区】
_____ 小規模多機能型居宅介護 △△ (八幡西 区)
【事業所の種別】
小規模多機能型居宅介護事業所 看護小規模多機能型居宅介護事業所

「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

<特記事項>

※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