

2024年度〔第 回〕認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

※受講希望回を必ず記入

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター
福祉のまちづくり研究所長 様

申込日	年	月	日
-----	---	---	---

代表者・申込責任者・申込事務担当者

※申込責任者は、原則として申込者の勤務する法人の所属長

会社・病院等 法人名				代表者印
代表者	役職		氏名	印
部署・施設・事業所名				
申込責任者 (現所属長等)	役職		氏名	所属長印
事務担当※	所属 役職等		氏名	印
連絡先	TEL (日中)	-	FAX	

※申込内容の確認等事務連絡がある時、所属長が直接ご対応頂く場合に限り事務担当欄は省略可

下記職員について、本研修の受講を申込みます。

※記入漏れ等の不備がある場合、選考の優先順位が
下がる又は受講不可となる等の不利益が生じる場合があります。
> 『認知症介護研修の留意事項』2項 参照

申込者(受講希望者)

※申込責任者と申込者が同一人物は不可

ふりがな			生年月日	年齢	申込者本人印
氏名	(姓)	(名)	昭和 平成	年 月 日生	歳
※申込時点で の所属先情報 を記入 受講時と変わる 場合は要連絡 ※ご自宅の住所 及び連絡先の 記載は不要 【職名記入例】 管理者・計画 作成担当者・ エントリー・ 介護職員等	現勤務先	施設・事業所名	職名 ※必ず記入	申込者本人印	
	所在地	〒		都 道 市	府 県 町
	連絡先	TEL	-	FAX	-
	メールアドレス ※正確に記入	@			
	サービス種別	該当する主なものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい(その他の場合はサービス種別名を記載) ① 特別養護老人ホーム ⑥ 通所介護事業所 ② 介護老人保健施設 ⑦ 居宅介護支援事業所 ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ④ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑨ 特定施設入居者生活介護事業所(介護付有料老人ホーム等) ⑤ 認知症対応型通所介護事業所 ⑩ その他 サービス種別名(⑩その他の場合のみ)			
取得資格	該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい ※複数回答可(その他の場合は資格名を記載) ① 医師 ② 看護師・准看護師 ③ 社会福祉士 ④ 介護福祉士 ⑤ 介護員養成研修修了※ ⑥ 介護支援専門員 ⑦ その他 ※ 介護員養成研修は訪問介護員養成研修1級及び2級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修・実務者研修の総称 資格名(⑦その他の場合のみ)				
認知症介護実践研修(実践者研修)修了日	年 月 日		認知症介護実務経験年月数	年 月	

※修了証書または受講決定通知書、受講証明書等の写しを添付

※上記経験以外も含む総年月数(必ず記入)
1日目の前月末時点での年月数を記入

受講希望の理由	該当するものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい ① 新規開設する事業所の管理者に就任 ② 既に管理者に就任している ③ 管理者に就任予定			受講希望番号
	受講希望番号① を選んだ場合	開設予定日	年 月 日	
	受講希望番号 ②または③を 選んだ場合	従事(予定)日	年 月 日	従事する理由を下から1つ選び番号を右に記入して下さい(その他は理由を記載)
		従事理由内容(③その他の場合のみ)	① 前任者の退職 ② 前任者の異動 ③ その他	
全 員 記 入	従事(予定)事業所 サービス種別	該当するものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい A 認知症対応型共同生活介護 B 小規模多機能型居宅介護 C 看護小規模多機能型居宅介護 D 認知症対応型通所介護		サービス種別番号

研修センター 記入欄 ※記入しないで ください	
----------------------------------	--

※代表者印欄・所属長印欄・申込者本人印欄 共に要押印