

2024年度〔第 1 回〕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

記入例

※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	2024	年	8	月	7	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	社会福祉法人〇〇〇福祉会				代表者印
代表者	役職	理事長	氏名	日本 一郎	理事長印等
部署・施設・事業所名	介護サービス事業部				
申込責任者(現所属長等)	役職	部長	氏名	兵庫 次郎	所属長印
事務担当※	所属役職等	総務課 課長	氏名	福祉 はじめ	所属長印等
連絡先	TEL(日中)	078 - 0123 - 4567	FAX	078 - 0123 - 5678	

※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  
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	けんしゅう	たろう	生年月日	年齢	申込者本人印
氏名	研修	太郎	昭和 50 年 1 月 1 日生 平成	48 歳	申込者本人印
現勤務先	施設・事業所名	小規模多機能型事業所△△△△△△△△		職名	介護職員
※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	所在地	〒 6 7 3 - 9 9 9 9	兵庫	都 道 〇〇〇	市 町
	連絡先	TEL	078 - 0123 - 8888	FAX	078 - 0123 - 9999
※ご自宅の住所 及び連絡先の 記載は不要	メールアドレス	△△△△△@〇〇〇.jp			※研修中、このメールを使用することがあります。 間違いの無いよう正確に記入してください。
	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) ※④なので無記入で可(⑩の場合のみ記入)			サービス種別番号
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) 理学療法士			取得資格番号	③ ④ ⑦
認知症介護実践研修(実践者研修)修了日	令和元年 年 10 月 30 日		認知症介護実務経験年数	18 年 10 ヶ月	
※修了見込日を含みます		※上記経験以外も含む総年数(必ず記入)		※認知症介護実務経験年数は受講希望研修1日目の前月末時点での年数を入力	

※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

※認知症介護実務経験年数は受講希望研修1日目の前月末時点での年数を入力

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			受講希望番号	
	① 新規開設する事業所の計画作成担当者に就任 ② 既に計画作成担当者に就任している ③ 既存の事業所の計画作成担当者に就任予定			③	
	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	2024 年 11 月 1 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) ① 前任者の退職 ② 前任者の異動 ③ その他 理由番号 ②	
全員記入	従事(予定)事業所名	小規模多機能型居宅介護 〇〇事業所		所在地市町名	×× 市 町
	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 小規模多機能型居宅介護 B 看護小規模多機能型居宅介護		サービス種別番号	A
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