

令和 6 年度 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

申込者 法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

| | | | | | |
|---|---|---|------|-------|--------|
| 受講希望する回 | 第 回 | 申込日 令和 年 月 日 | | | |
| フリガナ | | | 生年月日 | 昭和 | 年 月 日生 |
| 受講希望者氏名 | | | 平成 | | |
| 職種 (資格) (該当する番号に すべて○をしてく ださい) | 1 医師 2 保健師 3 助産師 4 看護師 5 准看護師 6 理学療法士 7 作業療法士 8 社会福祉士 9 介護福祉士 10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士 12 介護支援専門員 (ケアマネジャー) 13 訪問介護員 (ホームヘルパー) 14 その他 () | | | | |
| 実践者研修 修了日 (予定 日) | 平成・令和 年 月 日 | | | | |
| 役職名 | | | | | |
| 所属 先 事 業 所 等 | 種 別 (該当する番 号に○をして ください) | 1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他 () | | | |
| | 名 称 | | | | |
| | 住 所 | 〒 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | F A X | |
| | 施設設置者 (法人の名 称) | | | 担当者 | |

※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。

2) 役職名は施設 (法人) における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画
作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士など

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

事業所が所在する市町介護保険担当課

令和6年度 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

記入もれがある場合、お電話で確認または再提出をしていただく場合があります。記入もれのないようをお願い致します。

申込者 法人の主たる事務所の所在地
〒
法人の名称及び代表者の職氏名

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|-------|--------|
| 受講希望する回 | 第 回 | 申込日 令和 年 月 日 | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 昭和 | 年 月 日生 |
| 受講希望者氏名 | | | 平成 | |
| 職種 (資格) (該当する番号にすべて○をしてください) | 1 医師 2 保健師 3 助産師 4 看護師 5 准看護師 6 理学療法士 7 作業療法士 8 社会福祉士 9 介護福祉士 10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士 12 介護支援専門員 (ケアマネジャー) 13 訪問介護員 (ホームヘルパー) 14 その他 () | | | |
| 実践者研修 修了日 (予定日) | その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。 | | | 月 日 |
| 役職名 | | | | |
| 所属 先 事 業 所 等 | 種 別 (該当する番号に○をしてください) | 1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他 () | | |
| | 名 称 | その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。 | | |
| | 住 所 | 〒 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | F A X | |
| | 施設設置者 (法人の名称) | 担当者の方と連絡が取れる番号をご記入ください。 | | 担当者 |

- ※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。
2) 役職名は施設 (法人) における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士など

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

事業所が所在する市町介護保険担当課

受付窓口または受講者本人をご記入ください。