

平成31年度（2019年度）第 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（個人票）

平成（新元号） 年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

事業所名 _____

ふりがな _____

氏名 _____ 印

- * この申込書（個人票）は、受講を希望するご本人が記入してください。
- * 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。
（特に「高」→「高」、「真」→「真」などの簡略字を記載した場合、簡略字で発行します。）

1 受講希望者について（該当する番号を○で囲んでください。）

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
職種・役職	1 管理者（施設長） 2 計画作成担当者 3 看護主任 4 看護職員 5 介護主任 6 ユニットリーダー 7 介護職員 8 主任相談員 9 相談員 10 主任指導員 11 指導員 12 その他（ ）				
資格	1 看護師 2 社会福祉士 3 介護福祉士 4 介護支援専門員 5 訪問介護員（ヘルパー 級） 6 精神保健福祉士 7 理学療法士 8 作業療法士 9 言語聴覚士 10 その他（ ）				
研修受講の目的	1 平成（新元号） 年 月から小規模多機能型サービス事業所等の計画作成担当者に就任することが <u>確定している。</u>				
	2 平成（新元号） 年 月からすでに小規模多機能型サービス事業所等の計画作成担当者に就任しているが、 <u>計画作成担当者研修未受講であり、受講が必要であるため。</u>				
	3 現時点では他の者が計画作成担当者を務めており、しばらく交代の予定はないが、 <u>次期計画作成担当者としてトレーニングを行いたいため。</u> ⇒下の欄に、現在の計画作成担当者の氏名を記入してください。				
	4 その他（下記に具体的に記載のこと） （ ）				
現在の計画作成担当者の氏名	※ 研修受講の目的で3を選んだ場合には、必ず記入してください。				

2 認知症高齢者介護に従事した期間の合計

_____年 _____ヶ月

3 研修の修了状況等

(1)

研 修 名	修 了 日 (受講予定日)
認知症介護実践者研修 (旧基礎課程研修) *	昭和・平成 年 月 日 * 修了証書の写しを添付してください。
認知症介護リーダー研修 (旧専門課程研修)	昭和・平成 年 月 日
介護職員基礎研修	昭和・平成 年 月 日

※ 本研修は、認知症介護実践者研修 (旧基礎課程研修を含む) 修了が受講要件です。
必ず認知症介護実践者研修修了証書の写しを添付してください。

(2) 研修受講時と、現在の名字が異なる方は、旧姓を記入してください。

--

(3) 申込み時点で、認知症介護実践者研修を修了していますか。

該当するものに、○をつけてください。

- ① 認知症介護実践者研修 (旧基礎課程研修) を修了している。
⇒ 必ず修了証書の写しを添付してください。
- ② 令和元年 (2019年) 10月30日 (水) 開講の県主催認知症介護実践者研修に申し込んでいる。
- ③ 令和2年 (2020年) 1月15日 (水) 開講の県主催認知症介護実践者研修に申し込んでいる。

4 連絡先

担 当 者 所 属 名			
担当者氏名 ※	電 話 番 号	()	
緊急連絡先 (電 話)	緊急連絡先 (F A X)		

※ 担当者が受講希望者自身である場合にも記入すること。