

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  
受講申込確認書

この確認書は、受講申込前に受講希望者及び受講希望者の上司の方に研修の趣旨を理解していただき、それを確認するためのものです。受講申込書と一緒に提出してください。

受講希望者の方が記入してください。

氏 名 \_\_\_\_\_

1 研修の目的

この研修は、「小規模多機能型居宅介護事業所等の計画作成担当者または計画作成担当者になることが予定されている者」が対象で、利用者及び事業の特性を踏まえた事業計画を作成するために必要な知識・技術の習得を目的としています。

→研修の目的について理解しましたか。（ はい ・ いいえ ）

2 この研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

\* この研修は、認知症介護実践者研修を修了した者が対象ですので、認知症介護に関する実践的な知識及び技術を習得していることを前提に実施されます。

受講希望者の上司の方が記載してください。

職名 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

1 この研修は、「小規模多機能型居宅介護事業所等の計画作成担当者または計画作成担当者になることが予定されている者」が対象で、利用者及び事業の特性を踏まえた事業計画を作成するために必要な知識・技術の習得を目的としています。

→研修の目的について理解しましたか。（ はい ・ いいえ ）

2 この研修で学んでもらいたいこと、期待することを記載してください。