

平成30年度京都府認知症介護実践者等養成研修
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

平成30年 月 日

法人名
 代表者 印

事業所名
 代表者 印

平成30年度京都府認知症介護実践者等養成研修（小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修）について、下記のとおり申込みます。

記

| | | | |
|--------|------------------|-----|-------------|
| 受講者勤務先 | 事業所名 (サービス種別) | () | 問い合わせ担当者名 |
| | 所在地 | | 電話： FAX： |

| 受講申込者 | 生年月日 | 実務経験年数 | 現事業所での勤続年数 |
|-----------------------------------|--|----------------|----------------------|
| (フリガ) ----- 氏名 | 昭和 平成 年 月 日 | 年 月 (申込日現在) | 年 月 (申込日現在) |
| 受講希望理由 | 1 新たに開設する事業所の計画作成担当者となるため (就任予定日：平成 年 月 / サービス：) 2 計画作成担当者に変更となるため (就任予定日：平成 年 月 / サービス：) 3 その他() | | |
| 認知症介護実践者研修修了年度 又は 基礎課程の修了年度 | 年度 | 修了証書番号 号 | 介護支援 専門員証 登録番号 |

* 提出書類一覧

- ・ 様式1 (本紙)
- ・ 様式2「受講申込者優先順位一覧表」(※1事業所から2名以上申込みの場合)
- ・ 認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了証書(写し)
- ・ 介護支援専門員証(写し)
- ・ 申込者1名につき1枚の返信用封筒(※角2号(24cm×33.2cm)のもの)
(受講者勤務先の住所・事業所名・郵便番号等記載の上、120円切手を貼付)

* 提出期限

平成30年11月30日(金) (必着) (※封筒に「計画作成担当者研修 受講申込書」と記載し郵送)

* 提出先

事業所所在地の市町村介護保険担当課 (開設予定の場合は、開設予定地の市町村)

※ 1事業所から2名以上申込み場合には、各研修の受講申込書に併せて提出願います。

平成30年度京都府認知症介護実践者等養成研修
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

受講申込者優先順位一覧表

| | |
|--------|--|
| 法人名 | |
| 事業所名 | |
| サービス種別 | |

| 優先順位 | 受講申込者氏名 |
|------|---------|
| | |
| | |
| | |

平成30年度京都府認知症介護実践者等養成研修
 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

平成30年 月 日

※サービス種別

申込日現在で、申込者の勤務先事業所のサービス種別を記載してください。(次ページのサービス一覧を参照してください。)

※受講申込者・生年月日

修了証書発行の際に必要な情報になりますので、楷書で丁寧に記載してください。

法人名 **社会福祉法人〇〇〇会**

代表者 **丹後 太郎** 印

事業所名 **特別養護老人ホーム洛央苑**

管理者 **中丹 次郎** 印

成研修 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者

記

| | | | |
|--------|------------------|--|-----------------------------|
| 受講者勤務先 | 事業所名 (サービス種別) | 特別養護老人ホーム洛央苑 (介護老人福祉施設) | 問い合わせ担当者名 乙訓 花子 |
| | 所在地 | 〇〇市△△町4番地 | 電話：〇〇〇-〇〇〇〇 FAX：〇〇〇-●●●● |

| 受講申込者 | 生年月日 | 実務経験年数 | 現事業所での勤続年数 |
|---|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| (フリガナ) ヤマシ 伊吹 氏名 山城 一郎 | 昭和 平成 59 年 5 月 5 日 | 10 年 7 月 (申込日現在) | 4 年 7 月 (申込日現在) |
| 受講希望理由 | ① 新たに開設する事業所の計画作成担当者となるため (就任予定日：平成 31 年 4 月 / サービス： 小規模多機能型居宅介護) ② 計画作成担当者に変更となるため (就任予定日：平成 年 月 / サービス：) ③ その他() | | |
| 認知症介護実践者研修修了年度 又は 基礎課程の修了年度 | 年度 22 | 修了証書番号 150 号 | 介護支援 専門員証 登録番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 |

* 提出書類一覧

※実務経験年数

申込日時点で、介護保険サービス事業所において介護業務に直接従事した年数を記載してください。(事務職員や調理員など、介護業務に直接従事していない期間は含みません。)

* 提出期限

※現事業所での勤続年数

申込日時点で所属している事業所の勤続年数を記載してください。

平成30年12月

* 提出先

※受講希望理由

本研修を受講する希望を1～3の中から選び、就任予定日と就任する予定の事業所のサービス種別も漏れなく記入してください。

事業所所在地

* サービス一覧

居宅サービス

- 訪問介護 ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導
- 通所介護 ○通所リハビリテーション ○短期入所生活介護 ○短期入所療養介護
- 特定施設入居者生活介護 ○福祉用具貸与 ○特定福祉用具販売

地域密着型サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○夜間対応型訪問介護 ○地域密着型通所介護
- 認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護 ○地域密着型特定施設入居者生活介護
- 地域密着型介護老人福祉施設 ○看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

介護保険施設

- 介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 ○介護医療院

その他

- 居宅介護支援 ○介護予防支援

※予防サービスに所属している場合は、本体サービスを記載してください。

（例）予防訪問介護事業所に所属 → 「訪問介護」と記載