

平成 27 年度 京都府 認知症 介護実践者等 養成研修  
 (③認知症対応型サービス事業開設者研修) 受講申込書

平成 年 月 日

法人名  
 代表者氏名



平成 27 年度 京都府 認知症 介護実践者等 養成研修 (③認知症対応型サービス事業開設者研修) について、下記のとおり申し込みます。

記

受講希望者	職名	現職在籍年数	既に法人が開設している地域密着型サービス事業所全ての名称
(フリガナ) 氏名		年 月	
新規開設事業所名 (サービス種別)	( )		事業所担当者名
所在地			電話： FAX：
受講者所属先			電話： FAX： (※受講者と直接連絡の取れる連絡先をご記入ください。)
参考図書購入希望	実践者編 ・ 実践リーダー編		

\* 参考図書の購入を希望される場合は、該当分に○印をつけてください。

\* 提出書類一覧

- ・ 受講申込書
- ・ 申込者 1 名につき 1 枚の返信用封筒 (あて名等記載の上、92円切手を貼付。)  
 (※ 封筒は長形 3 号 (12cm×23.5cm) のものをお願いします。)

\* 提出期限：平成 27 年 10 月 7 日(水) (当日消印有効) までに提出 (郵送可)  
 封筒の表に「③開設者研修 受講申込書」と朱書してください。

\* 提出先：事業所所在地(予定含む。)の市町村介護保険担当課

様式 2 ※希望者多数の場合は調整させていただきますので御了承ください。

## 平成 27 年度 京都府 認知症介護実践者等養成研修

### (④認知症対応型サービス事業管理者研修) 受講申込書

平成 年 月 日

法人名  
代表者氏名

印

事業所名  
管理者氏名

印

平成 27 年度 京都府 認知症介護実践者等養成研修 (④認知症対応型サービス事業管理者研修) について、下記のとおり申し込みます。

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	( )	事業所担当者名
	所在地		電話： FAX：

受講希望者	職名	職種	介護職経験年数	現職の勤続年数
(フリガ) 氏名			年 月	年 月
認知症介護実践者研修又は 基礎課程の修了年度等	年度	修了証書番号	(※修了証書の写しを添付。)	
介護に係る 取得資格の種類		参考図書 購入希望	実践者編 ・ 実践リーダー編	

\* 参考図書の購入を希望される場合は、該当分に○印をつけてください。

\* 提出書類一覧

- ・ 受講申込書
- ・ 申込者 1 名につき 1 枚の返信用封筒 (あて名等記載の上、92円切手を貼付。)  
(※ 封筒は長形 3 号 (12cm×23.5cm) のものをお願いします。)
- ・ 認知症介護実践者研修又は基礎課程の修了証書の写し

\* 提出期限 : 平成 27 年 11 月 27 日 (金) (当日消印有効) までに提出 (郵送可)  
封筒の表に「④管理者研修 受講申込書」と朱書してください。

\* 提出先 : 事業所所在地 (予定含む。) の市町村介護保険担当課

様式 3 ※希望者多数の場合は調整させていただきますので御了承ください。

## 平成 27 年度 京都府 認知症介護実践者等養成研修

### (⑤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 年 月 日

法人名  
代表者氏名

印

事業所名  
管理者氏名

印

平成 27 年度 京都府 認知症介護実践者等養成研修 (⑤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、下記のとおり申し込みます。

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	( )	事業所担当者名
	所在地		電話： FAX：

受講希望者	職名	職種	介護職経験年数	現職の勤続年数
(フリガ) 氏名			年 月	年 月
受講要件	① 認知症介護実践者研修 又は基礎課程の修了年度等	年度	修了証書番号 (※修了証書の写しを添付。)	
	② 介護支援専門員番号		参考図書 購入希望	実践者編 ・ 実践 リーダー編
	③ 認知症に係る研修の受講歴 (※研修内容、実施主体等を問いません。)			

\* 参考図書の購入を希望される場合は、該当分に○印をつけてください。

#### \* 提出書類一覧

- ・ 受講申込書
- ・ 申込者 1 名につき 1 枚の返信用封筒 (あて名等記載の上、92円切手を貼付。)  
(※ 封筒は長形 3 号 (12cm×23.5cm) のものをお願いします。)
- ・ 認知症介護実践者研修又は基礎課程の修了証書の写し
- ・ 介護支援専門員証 (※交付申請予定者は、介護支援専門員登録証) の写し

\* 提出期限：平成 27 年 12 月 4 日 (金) (当日消印有効) までに提出 (郵送可)  
封筒の表に「⑤計画作成担当者研修 受講申込書」と朱書してください。

\* 提出先：事業所所在地 (予定含む。) の市町村介護保険担当課