

【実践者研修申込書】

法人名	事業所種別（該当する番号すべてに○をつけてください）						
事業所名	【在宅サービス】 1 居宅介護支援事業所・2 訪問介護・3 訪問入浴介護						
長の氏名	4 訪問看護・5 訪問リハ・6 通所介護・7 通所リハ・8 短期入所生活介護						
〒・住所	9 短期入所療養介護・10 特定施設入所者生活介護・11 居宅療養管理指導						
電話／FAX	12 福祉用具貸与・13 福祉用具販売・14 地域包括支援センター						
研修担当者または連絡窓口者氏名	15 小規模多機能型居宅介護						
	16 認知症対応型通所介護・17 認知症対応型共同生活介護						
	18 夜間対応型訪問介護・19 小規模特養						
	【施設サービス】 20 特養・21 老健・22 療養型						
希望 順位	ふりがな 氏名	生年月日	経験年数 *1	職 種 (該当するもの全てに○をしてください)	受講生の所属する事業所 種別を上記番号より記載	希望 回	備 考 *2
1		昭和 ・ 平成 年 月 日		介護福祉士・介護支援専門員 社会福祉士・訪問介護員 看護師・准看護師 その他 ()		第 回	管理者もしくは計画作成担当者に 就任する予定の有無 有 (平成 年 月予定)・無
2		昭和 ・ 平成 年 月 日		介護福祉士・介護支援専門員 社会福祉士・訪問介護員 看護師・准看護師 その他 ()		第 回	管理者もしくは計画作成担当者に 就任する予定の有無 有 (平成 年 月予定)・無
3		昭和 ・ 平成 年 月 日		介護福祉士・介護支援専門員 社会福祉士・訪問介護員 看護師・准看護師 その他 ()		第 回	管理者もしくは計画作成担当者に 就任する予定の有無 有 (平成 年 月予定)・無

*1 経験年数については、介護業務に直接従事した期間のみを記入してください（事務職員・調理職員など、介護業務に直接従事しないものの期間は含みません）。

*2 「管理者もしくは計画作成担当者に就任する予定」については、受講希望者が、この研修の受講が義務付けられている指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所又は指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所の管理者や、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所又は指定（介護予防）認知症対応型共同介護事業所の計画作成担当者・介護支援専門員に就任する予定がある場合（または既に就任している場合）に記入してください。

地域密着型サービスに係る事前協議を京都市保健福祉局長寿社会部介護保険課に行う予定がある場合は下の欄もご記入ください。

- ① 協議する事業の種類 _____ ② ユニット数（認知症対応型共同生活介護の場合） _____
- ③ 管理者名 _____ ④ 計画作成担当者名 _____

【実践者研修申込書】

記入方法

法人名	〇〇法人△△△		事業所種別（該当する番号すべてに○をつけてください）				
事業所名	特別養護老人ホームすこやか		【在宅サービス】 1 居宅介護支援事業所・2 訪問介護・3 訪問入浴介護 4 訪問看護・5 訪問リハ・6 通所介護・7 通所リハ・8 短期入所生活介護 9 短期入所療養介護・10 特定施設入所者生活介護・11 居宅療養管理指導 12 福祉用具貸与・13 福祉用具販売・14 地域包括支援センター 【地域密着サービス】 15 小規模多機能型居宅介護 16 認知症対応型通所介護・17 認知症対応型共同生活介護 18 夜間対応型訪問介護・19 小規模特養 【施設サービス】 20 特養・21 老健・22 療養型				
長の氏名	長寿 一		受講を希望する回を御記入ください。（1～3回のいずれか）				
〒・住所	〒600-8127 京都市下京区河原町五条下る東側						
電話/FAX	〇〇〇-〇〇〇〇 / △△△-△△△△						
研修担当者氏名	長寿 花子						
希望順位	ふりがな 氏名	生年月日	経験年数 *1	職種 (該当するもの全てに○をしてください)	受講生の所属する事業所種別を上記番号より記載	希望回数	備考 *2
1	ふくし ゆき 福祉 幸	昭和・平成 35年4月15日	12年6か月 ケア(介護職)2年6か月 特養(介護職)10年	介護福祉士・介護支援専門員 社会福祉士・訪問介護員 看護師・准看護師 その他()	20	第1回	管理者もしくは計画作成担当者に就任する予定の有無 有(平成25年9月予定)・無
2	みやこ きょういちろう 都 京一朗	昭和・平成 1年10月3日	2年2か月 特養(介護職)	介護福祉士・介護支援専門員 社会福祉士・訪問介護員 看護師・准看護師 その他()	8	第2回	管理者もしくは計画作成担当者に就任する予定の有無 有(平成 年 月予定) 無
3		昭和・平成 年 月 日		介護福祉士・介護支援専門員 社会福祉士・訪問介護員 看護師・准看護師 その他()	上記太枠内の該当する番号を1つだけ記入。	第 回	管理者もしくは計画作成担当者に就任する予定の有無 有(平成 年 月予定)・無

*1 経験年数については、介護業務に直接従事した期間のみを記入してください（事務職員・調理職員など、介護業務に直接従事しないものの期間は含みません）。

*2 「管理者もしくは計画作成担当者に就任する予定」については、受講希望者が、この研修の受講が義務付けられている指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所又は指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所の管理者や、指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所又は指定（介護予防）認知症対応型共同介護事業所の計画作成担当者・介護支援専門員に就任する予定がある場合（または既に就任している場合）に記入してください。

地域密着型サービスに係る事前協議を京都市保健福祉局長寿社会部介護保険課に行う予定がある場合は下の欄もご記入ください。

- ① 協議する事業の種類 認知症対応型共同生活介護 ② ユニット数（認知症対応型共同生活介護の場合） 2
- ③ 管理者名 福祉 幸 ④ 計画作成担当者名 _____