

平成26年度浜松市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

あて先 浜松市長 鈴木康友

所在地 〒

法人名

代表者名 ㊟

| | | | | |
|----------|----------------|----------|---------|----------------------------|
| 必要とする事業所 | 事業所名 | | サービスの種類 | 指定小規模多機能型居宅介護 指定複合型サービス |
| | 事業所の所在地 | 〒 浜松市 区 | | |
| | 電話番号 | (053) - | FAX番号 | (053) - |
| | 開設日 (開設予定日) | 平成 年 月 日 | | |

| | | | | |
|--------------|---------------------------|---|----------------------|----------|
| 受講希望者 | ふりがな | | 生年月日 | 昭和 年 月 日 |
| | 氏名 | | | |
| | 性別 | 男 女 | 介護等業務経験年数 (申請日現在) | 年 か月 |
| | 所属する事業所 | 名称： 所在地：〒 浜松市 区 サービス種類： 電話： FAX： | | |
| | 職種 | | 保有資格 (※1) | 介護支援専門員 |
| | 本研修の受講要件である研修受講履歴 (※2) | 平成13年度以降に実施された痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了者 平成17年度以降に実施された認知症介護実践研修(実践者研修)の修了者 平成14年度以降に日本認知症グループホーム協会が実施した痴呆介護実務者研修(基礎課程)又は認知症介護実践研修(実践者研修)の修了者 平成20年度以降に全国老人福祉施設協議会が実施した認知症介護実践研修(実践者研修)の修了者 平成21年度以降に静岡県介護福祉士会が実施したファーストステップ研修の修了者 | | |
| | 受講理由 | 平成26年度及び平成27年度に新規開設予定の事業所において、計画作成担当者となる予定の者 開設済みの事業所において、職員の離職等による人員欠如を補うために計画作成担当者となる予定の者 (計画作成担当者就任予定 平成 年 月頃) 開設済みの事業所において、現に計画作成担当者として勤務している者であって、未だ小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を修了していない者 (計画作成担当者就任 平成 年 月) その他 () | | |
| 特記事項 (※3) | | | | |

(※1) 介護支援専門員登録証明書の写しを添付してください。

(※2) 該当する口にチェックし、研修修了証書の写しを添付してください。

(※3) 申込者多数のときの選考の参考とするので、特記事項がある場合は記入してください。

<本研修申し込みに関する事務担当者>

| | | | | | |
|----|--|------|--|--------------|--|
| 氏名 | | 電話番号 | | Eメール アドレス | |
|----|--|------|--|--------------|--|