

平成30年度浜松市認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

平成 30 年 月 日

あて先 浜松市長 鈴木康友

〒

所在地

法人名

代表者職・氏名

印

必要とする事業所	事業所名		サービスの種類	<input type="checkbox"/> 指定認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 指定看護小規模多機能型居宅介護
	事業所の所在地	〒 浜松市 区		TEL
	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		平成 年 月 日		
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	介護等業務経験年数 (申請日現在)	年 か月	
	職種		保有資格		
	本研修の受講要件である研修受講履歴 (※1)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 平成30年度及び平成31年度に新規開設予定の事業所において、管理者となる予定の者 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管理者となる予定の者 (管理者就任予定 平成 年 月頃) <input type="checkbox"/> 開設済みの事業所において、現に管理者として勤務している者であって、未だ認知症対応型サービス事業管理者研修を修了していない者 (管理者就任 平成 年 月) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
特記事項 (※2)					

(※1) 該当する□にチェックし、**研修修了証書の写しを添付**してください。

(※2) 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	
----	--	------	--	--------------	--