

令和 2 年度認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団  
 研修指導センター 所長 様

法人名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

事業所印

認知症対応型サービス事業管理者研修の受講について次のとおり申し込みます。

| 項目           | 内 容            |   |                                  |    |       |
|--------------|----------------|---|----------------------------------|----|-------|
| 受講希望回        | 第 1 回          | 第 2 回   | ※必ず申込期間を確認の上、受講を希望する回に○をつけてください。 |    |       |
| 受講者          | (ふりがな)         |   | 男                                | 生年 | 昭和・平成 |
|              | 氏 名            |   | 女                                | 月日 | 年 月 日 |
|              | 実践者研修<br>修了状況  | <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修を修了している。<br>・修了年月日：平成・令和 年 月 日<br>・修了証書番号：群馬県 ・ 県外 第 号<br><b>注) 実践者研修の修了証書の写しを添付してください。</b><br><input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修の修了見込みである。<br>・修了予定年月日：令和 年 月 日<br>( 群馬県で受講 ・ 県外 )   |                                  |    |       |
|              |                | 介護の実務経験年数   | 年 月                              |    |       |
|              |                | 認知症介護の実務経験年数  | 年 月                              |    |       |
|              | 現在の職種          | <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者<br><input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                  |    |       |
|              | 保有資格           | <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 看護師<br><input type="checkbox"/> ホームヘルパー ( 級 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )                   |                                  |    |       |
| 勤務先以外の緊急時連絡先 | 携帯 ・ 自宅<br>電話： |   |                                  |    |       |

※申込書が 2 枚になっております。1 枚目と 2 枚目を両面にして印刷し提出してください。

※受講を希望する回の申込期間を確認の上、申し込んでください。受講希望回と申込期間が一致しないものは受理できません。

※申込期間以外の申し込み、必要事項に記載がない等の不備がある場合には受理できません。

(表面)

|                  |  |   |            |  |
|------------------|--|---|------------|--|
| 事業所<br>※1        | 事業所名<br>(サービス種類1つに○)   | 認知症デイ ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ GH ・<br>看護小規模多機能型居宅介護 |            |  |
|                  | 所在地  | 〒   |            |  |
|                  | 連絡先  | 電話：<br>FAX：                                 | 申込み<br>担当者 |  |
| 受講<br>希望理由       | <input type="checkbox"/> 新規に開設する事業所の管理者に就任するため。<br>(開設予定：令和 年 月)<br><br><input type="checkbox"/> 事業所の管理者が変更となるため。<br>(変更予定：令和 年 月)<br><br><input type="checkbox"/> すでに事業所の管理者として従事しているが、本研修未受講のため。<br><br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   |            |  |
| 書類等<br>送付先<br>※2 | 〒  |   |            |  |
| 備考<br>※3         |  |   |            |  |

※1 新設事業所の場合は予定を記入してください。

※2 建設中等で上記の事業所に関係書類の送付が困難な場合には、決定通知等の送付先を記入してください。

※3 管理者研修の申込等について問い合わせをする場合があります。※1に記入された事業所と現在の勤務先が違う場合は、備考欄に事業所名及び連絡先を記入してください。

(裏面)