## 令和7年度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

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

小規模多機能型サービス等計画作成担当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								
	(ふりがな)			性別(任意)	生年	昭和・ュ	平成					
	氏 名				月日	年	月 日					
	職場経歴											
	(勤務先)											
受講者	実践者研修 修了状況	・修了 ・修了 <b>注</b> ) □認知症	介護実践者研修を修了している。 年月日:平成・令和 年 月 日 証書番号:群馬県・県外 第 号 <b>実践者研修の修了証書の写しを添付してください。</b> 介護実践者研修の修了見込みである。 予定年月日:令和 年 月 日 ( 群馬県で受講・県外 )									
	介護の実務経験年数			年 7	- 月							
	介護支援専門員番号		No. 注)介護支援専門員証(有効期間があるもの)の写しを添付 してください。									

※申込書が2枚になっています。1枚目と2枚目を両面印刷し提出してください。

自宅:

携帯:

※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。

₹

現在の職種

自宅住所

連絡先

事業所 ※ 1	事業所名 所在地 連絡先	( 小規模: 〒 電話: FAX:	多機能	型居宅介護	• 看護	「中込み 担当者	機能型居宅介護 )		
受講希望理由	(開設予定 □事業所の介 (変更予定	1770   12-3   13-3							
書類等	₹								
送付先									
<b>※2</b>									
備考									

- ※1 新規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、決定通知書等の送付先を 記入してください。

(裏面)