

令和6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				
受講者	(ふりがな)		性別(任意)	生年	昭和・平成
	氏 名			月日	年 月 日
	職場経歴 (勤務先)				
	実践者研修 修了状況	<input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修を修了している。 ・ 修了年月日：平成・令和 年 月 日 ・ 修了証書番号：群馬県 ・ 県外 第 号 <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>  <input type="checkbox"/> 認知症介護実践者研修の修了見込みである。 ・ 修了予定年月日：令和 年 月 日 ( 群馬県で受講 ・ 県外 )			
	介護の実務経験年数	年 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。			
	現在の職種				
	自宅住所	〒			
連絡先	自宅： 携帯：				

※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。

※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。

事業所 ※1	事業所名	( 小規模多機能型居宅介護 ・ 看護小規模多機能型居宅介護 )		
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
受講 希望理由	<input type="checkbox"/> 新規に開設する事業所の介護支援専門員に就任するため。 (開設予定：令和 年 月)  <input type="checkbox"/> 事業所の介護支援専門員が変更となるため。 (変更予定：令和 年 月)  <input type="checkbox"/> すでに事業所の介護支援専門員として従事しているが、本研修未受講のため。  <input type="checkbox"/> その他 ( )			
書類等 送付先 ※2	〒			
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)