

様式 1

## 令和6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 \_\_\_\_\_

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 (オンライン)		
	※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)		性別(任意)	生年	昭和・平成
	氏名			月日	年 月 日
	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		
	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 <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 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話：			

※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。

※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。

※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。

(表面)

事業所 ※1	事業所名 (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 ・ 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管理者に就任するため。 (開設予定：令和 年 月)  <input type="checkbox"/> 事業所の管理者が変更となるため。 (変更予定：令和 年 月)  <input type="checkbox"/> すでに事業所の管理者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 ※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)