様式５（その１） 　　　　　　　　　　　　　裏面有り

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望順位 |  |

研修受講申込書**（小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修用）**

　　　　　 　　　　 　　　　 年 　　月　 　日

　一般社団法人宮崎県介護福祉士会　会長 殿

（　　　　　市町村長経由）

（所属事業所等の長）

職・氏名

　次の者について、令和５年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講させたいので、次のとおり申込みます。なお、認知症介護の実務経験については、下記のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受講者氏名 |  | | 生年月日 | | 昭和・平成　年　月　日 | |
|  | |
| **所属施設・事業所の状況** | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | |
| 施設・事業所名 |  | | | | | |
| 施設等の種類 | GH　小多機　認知ﾃﾞｲ　特養　老健 その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 施設・事業所の住所 | （〒　　　－　　　　） | | 申込担当者 | |  | |
| 電話 | |  | |
| FAX | |  | |
| **受講者の資格等** | | | | | | |
| 介護支援専門員資格の  登録年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 | | | | | |
| その他の保有資格  (裏面の「資格一覧」から該当するものを全て記入) |  | | | | | |
| 認知症介護  の実務経験  **主な職歴を**  **２年以上記載** | 期　　間 | 通算期間 | | 勤務先 | | 職務内容 |
| 年　月　～　年　　月 | 年　月 | |  | |  |
| 年　月　～　年　　月 | 年　月 | |  | |  |
| 年　月　～　年　　月 | 年　月 | |  | |  |
| 年　月　～　年　　月 | 年　月 | |  | |  |
| 計　　年　月の実務経験　　　　 ※　行不足の場合は別紙添付 | | | | | |
| 研修受講歴  (修了済みの研修を○で囲み、【】内を記入) | １ 認知症介護実践者研修【修了年月日：　　　　　　　 　 】  ２ 痴呆介護実務者研修(基礎課程)【修了年月日： 　　 　　 】  ３　本年度の認知症介護実践者研修を受講予定【受講予定回：第 　回】  注：実践者研修未修了者は本研修を受講できません。上記１又は２が未修了の方は本年度の実践者研修の受講を申込み、受講が決定している回を上記３に記載して提出してください。 | | | | | |

※ 同一事業所（法人）で複数名希望する場合は、受講希望順位の欄に優先順位を記入してください。

※ 受講希望理由について、裏面の様式５（その２）に所定の事項を記入してください。

※ 裏面も必ず記載してください。

※ 提出は、市町村を経由してください。 様式５（その２）

受講希望理由等調査票

|  |  |
| --- | --- |
| 受講理由等（※該当する理由の番号を○で囲んでください。） | |
|  | １　計画作成担当者だが研修未受講  ２　現計画作成担当者が退職予定（退職時期：　　年　　月）  ３　現計画作成担当者が法人内異動予定（異動時期：　　年　　月）  ４　新規開設（開設時期：　　年　　月、開設場所：　　　　）  ５　将来的に計画作成担当者が退職・異動する場合に備えるため  ６　その他 |
| ※　受講者選定の参考にするため、上記１～６の状況について、具体的に記載し  　てください。記載のない場合は、指定基準上の事情はないものと判断します。  　　法人内異動の場合は異動先事業所名、新規開設の場合は開設時期や市町村との相談状況など（未協議、現在協議中、開設了承済等）、その他の場合は詳しい理由を記載すること。 |

資格一覧 ※保有する資格を全て選び、表面の「その他の保有資格等」欄に記入してください。

|  |
| --- |
| ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師  ・介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、 介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者  ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師  ・管理栄養士、栄養士  ・社会福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士  ・ＥＰＡ介護福祉士、在留資格「介護」  ・その他の資格（具体的な資格名を記入すること） |