

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、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）			生年月日	昭和・平成	年	月	日
受講者氏名							
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 認知症デイ 特養 老健 その他（ ）						
施設・事業所の 住所	（〒 — ）		申込担当者				
			電 話				
			F A X				
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		※ 行が不足する場合は別紙添付				
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）から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すること。
- ※ 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すること。
- ※ 裏面も必ず記載すること。
- ※ 提出は、市町村を経由すること。

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○で囲い、詳細を記載すること）

- 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、指定基準上の事情等について具体的に記載すること。
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」欄に記入すること。

- ・ 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
- ・ E P A 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）