

受講希望順位	
--------	--

研修受講申込書（認知症対応型サービス事業管理者研修用）

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会長 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、年度認知症対応型サービス事業管理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）		男		（〒 - ）
受講者氏名		女	住 所	
生年月日	昭和・平成	年	月	日
			電話	
所属施設・事業所の状況				
法人名		施設の種類	GH 小多機 認知Tイ その他()	
施設・事業所名				
施設・事業所の住所	（〒 - ）		担当者名	
			電話	
			FAX	
受講者の資格等				
国家資格等 （該当する資格等に0を）	社会福祉士・介護福祉士・看護師・准看護師・介護支援専門員・ヘルパー()級・ その他の資格(資格名:)			
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○囲み、修了年月日を記入する。)	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 その他【研修名:]			
※管理者研修を受講するには、1または2を修了していることが必須となります。 未修了の場合は、今年度の実践者研修の受講を申込み、受講が決定した予定回を記載してください。実践者研修の修了が確認できない場合は、管理者研修を受講できません。 【実践者研修 受講予定日程: 第 回 (年 月 日～ 年 月 日)】				
受講希望の研修日程				
希望	研修日程			
第1希望	第 回 (年 月 日～ 年 月 日)			
第2希望	第 回 (年 月 日～ 年 月 日)			

※ 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、提出は、市町村を経由してください。

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 管理者だが研修未受講
- 2 現管理者が退職予定（退職時期： 年 月）
- 3 現管理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 将来的に管理者が退職・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。

※ 第1回目の研修を必ず受講する必要性・緊急性がある場合は、その理由も記載してください。