

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)		男	(〒 - )	
受講者氏名		女	住所	
生年月日	昭和・平成 年 月 日		電話	
介護支援専門員資格の登録年月日	平成・令和 年 月 日			
所属施設・事業所の状況				
法人名		施設の種類	小多機 看多機 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: } }			
※計画作成担当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、計画作成担当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)】				

- ※ 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6(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。

### 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。