

(第1号様式)

様

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修 受講申請書

研修回数	年度第	回			
ふりがな			生年月日		
氏名			☐ 昭和 年 月 日 歳 ☐ 平成 年 月 日 歳		
保有資格	☐ 介護福祉士 ☐ 社会福祉士 ☐ 介護支援専門員 ☐ 訪問介護員 ☐ 保健師・看護師・准看護師 ☐ その他 () ☐ 保有資格無 (基礎研修修了年月 年 月)				
職 種	☐ 介護職員 ☐ 管理者 ☐ 計画作成者 ☐ 生活相談員 ☐ 看護職員 ☐ その他 ()		身体介護業務 通算経験年数	年	
実践者研修 修了の有無	☐ 有 (年度修了) → 認知症介護実践者研修修了証の写し添付 ※いずれかに○ (研修の一部免除を希望 します・しません) ☐ 無				
勤務先	法人名				
	施設・事業所名				
	所在地 (送付先)	〒 千葉県			
	電話番号		F A X 番号		
連絡先	事務担当者名		電話番号		
	メールアドレス				
	☐ 地域密着型 (介護予防) サービス事業所 (いずれかに○) (通所・認知症対応型通所・小多機・グループホーム・看多機・その他) ☐ 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ その他 ()				
受講目的 (複数選択可)	☐ 管理者を変更するため ※就任日又は予定日 年 月 ☐ 地域密着型 (介護予防) サービス事業所を新規開設するため ※事業所の新規開設予定日 年 月 ☐ 認知症実践リーダー研修の受講を希望するため ☐ 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を希望するため ☐ 認知症介護指導者養成研修の受講を希望するため ☐ 自分のスキルアップのため ☐ 受けるように薦められたため ☐ 施設・事業所で加算を取得するため ☐ その他 ()				
上記の者を、千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修の受講希望者として、申請します。					
施設・事業所長名 _____					