

小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 受講申込書

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

(〒 -)

法人の所在地

法人名

法人印

代表者の職名・氏名

記入担当者名 () 電話番号 (- -)

E-mail () FAX番号 (- -)

 小規模多機能型居宅介護事業所、 看護小規模多機能型居宅介護事業所、 サライト型小規模多機能型居宅介護事業所の、 新規開設、 欠員補充のため、次の者について、令和6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
申し込みます。【※ 該当する にチェックを付けてください。】

事業所の	名称	開設年月日 (予定日)	平成 令和	年	月	日
	所在地	(〒 -)	電話番号	-	-	
受講希望者の	氏名	(ふりがな)	性別	男・女		
			生年月日	昭和・平成	年	月
	住所	(〒 -)	電話番号	-	-	
受講後に就く職名	※ 該当する <input type="checkbox"/> にチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者兼計画作成担当者					
現有資格	※ 該当する <input type="checkbox"/> にチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(級課程) <input type="checkbox"/> その他 ()					
高齢者介護経験 の履歴 【 現在から遡って 具体的に記入く ださい。】	年月～年月	勤務した事業所名等	職務内容			
高齢者介護の経験年数 (R6年9月現在)	合計 (年 ヶ月)					
※ 認知症介護実践者研修 (旧基礎課程を含む) の修了証書番号等	修了証書番号		第	号		
	修了年月日		年	月	日	
	(平成・令和 年度 第 回修了予定)					

注1) 新規開設の場合、計画書の写し(市町村の事業者指定の担当部署において受理されたもの)を添付すること。

注2) 欠員補充の場合、別紙様式2により既受講者の欠員申立書を添付すること。

注3) 現有資格の資格証の写しを添付すること。

注4) 雇用を証する、雇用契約書等の写しを添付すること。

注5) 認知症介護実践者研修(旧基礎課程を含む)の修了証書の写しを添付すること。