

平成 3 1 年度（2 0 1 9 年度）認知症対応型サービス事業開設者研修等受講申込書
 （事業所とりまとめ票）

平成（新元号） 年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

法人名 _____

法人所在地 _____

代表者 _____ 印

1 申込み事業所

ふりがな			介護保険事業所番号
事業所名			
所在地	〒		
担当者			
電話番号		F A X	
事業種別 （該当する ところを○ で囲んでく ださい。）	ア 認知症対応型通所介護事業所 イ 小規模多機能型居宅介護事業所 ウ 認知症対応型共同生活介護事業所 エ 看護小規模多機能型居宅介護事業所		

2 事業所開設時期（該当する方を○で囲んでください。）

平成（新元号） 年 月 開設 ・ 開設予定

3 事業所における認知症介護研修修了者数（現在の在籍者についてご記入ください。）

- ①認知症介護実践者研修（旧基礎課程）まで修了の人 _____人
 （②の認知症介護実践リーダー研修修了者を含む人数をご記入ください。）
 ②認知症介護実践リーダー研修（旧専門課程）まで修了の人 _____人

4 指定基準に基づく人員配置状況（該当するところを○で囲んでください。）

開設者 （代表者）	ア 満たしていない。（平成（新元号） 年 月～） 理由（ _____ ）
	イ 満たさなくなる予定（平成（新元号） 年 月～） 理由（ _____ ）

管理者	ア 満たしている。
	イ 満たしていない。(平成(新元号) 年 月～) 理由 ()
	ウ 満たさなくなる予定(平成(新元号) 年 月～) 理由 ()
計画作成担当者	ア 満たしている。
	イ 満たしていない。(平成(新元号) 年 月～) 理由 ()
	ウ 満たさなくなる予定(平成(新元号) 年 月～) 理由 ()

5 4で選択した人員配置状況に対する、事業所の研修受講申込み状況

開設者 (代表者)	4の状況に対する研修受講申込は、(初めて、 回目)である。 *2回目以上の申込みの方のみ記入してください。 これまでの申込み時期 ①平成(新元号) 年 月 *不足する場合は余白に記入 ②平成(新元号) 年 月 してください。
管理者	4の状況に対する研修受講申込は、(初めて、 回目)である。 *2回目以上の申込みの方のみ記入してください。 これまでの申込み時期 ①平成(新元号) 年 月 *不足する場合は余白に記入 ②平成(新元号) 年 月 してください。
計画作成 担当者	4の状況に対する研修受講申込は、(初めて、 回目)である。 *2回目以上の申込みの方のみ記入してください。 これまでの申込み時期 ①平成(新元号) 年 月 *不足する場合は余白に記入 ②平成(新元号) 年 月 してください。

6 今回の研修を受講させたい者の優先順位

研修の種類	優先 順位	氏 名	*該当するところを○で囲んでください。
認知症対応型サービス事業開設者研修			ア 新規開設のため イ 代表者変更のため
認知症対応型サービス事業管理者研修	1		ア 管理者就任のため イ 資質向上のため
	2		ア 管理者就任のため イ 資質向上のため
小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	1		ア 計画作成担当者就任のため イ 資質向上のため
	2		ア 計画作成担当者就任のため イ 資質向上のため