

平成 31 年度 (2019 年度) 認知症介護実践者・実践リーダー研修受講申込書 (回)

(事業所とりまとめ票)

平成 (新元号) 年 月 日

社会福祉法人 寿量会
理事長 米満 淑恵 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	
介護職員等の 総人数		F A X	
事業種別 (該当するものを○で囲んでください。)	ア：介護老人福祉施設 イ：介護老人保健施設 ウ：介護療養型医療施設 エ：訪問介護 オ：通所介護 カ：認知症対応型共同生活介護 キ：小規模多機能型居宅介護 ク：認知症対応型通所介護 ケ：訪問看護 コ：その他 (_____)		

2 事業所における認知症介護研修修了者数 (申込み時点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) 修了者の数 _____ 人
- ②認知症介護実践リーダー研修 (旧専門課程) 修了者の数 _____ 人

3 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。
認知症介護 実践者研修	1		ア 管理者、計画作成担当者就任 イ 資質向上のため
	2		ア 管理者、計画作成担当者就任 イ 資質向上のため
	3		ア 管理者、計画作成担当者就任 イ 資質向上のため
認知症介護 実践リーダー 研修	1		ア 管理者、計画作成担当者就任 イ 資質向上のため
	2		ア 管理者、計画作成担当者就任 イ 資質向上のため
	3		ア 管理者、計画作成担当者就任 イ 資質向上のため

4 認知症対応型サービス事業所管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講申込みについて

* 管理者研修、計画作成担当者研修に申し込む事業所は、必ず記載してください。

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。）

認知症対応型サービス事業管理者研修	申し込んでいる ・ 申し込んでいない
	ア 満たしている。
	イ 満たしていない。（平成 年 月～） （理由：□人事異動による。□その他（ ））
	ウ 満たさなくなる予定（平成 年 月～） （理由：□人事異動による。□その他（ ））
小規模多機能型サービス等計画作成担当者	申し込んでいる ・ 申し込んでいない
	ア 満たしている。
	イ 満たしていない。（平成 年 月～） （理由：□人事異動による。□その他（ ））
	ウ 満たさなくなる予定（平成 年 月～） （理由：□人事異動による。□その他（ ））