様式１

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兼市町村の長推薦書）

令和　　年　　月　　日

　様

１　受講申込事業所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | |
| 法人所在地 |  | | | |
| 代表者 |  | | | |
| ふりがな |  | | | |
| 事業所名 | ※新規に事業所を開設する場合、仮の事業所名でも構いません。 | | | |
| 事業所所在地 | 〒 | | | |
| 事業種別  （該当するものを〇で囲んで下さい。） | ・小規模多機能型居宅介護  ・認知症対応型共同生活介護  ・認知症対応型通所介護  ・看護小規模多機能型居宅介護  ・（介護予防）小規模多機能型居宅介護  ・（介護予防）認知症対応型共同生活介護  ・（介護予防）認知症対応型通所介護 | | | |
| 資料等郵送先  ※いずれかに☑してください。 | * 上記事業所に送付 * その他（以下に記入してください。）   〒  （郵送先事業所名等） | | | |
| 連絡先 | TEL |  | FAX |  |
| 担当者氏名  ※担当者が受講希望者である場合にも記入してください。 |  | | | |

２　市町村の長の推薦について

※指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第34号）に照らし、特に受講が必要と認められる事業所については、下部の「**市町村の長の推薦にあたっての留意事項等」**を必ずご確認の上、「研修の種類」の横枠内に「〇」を記してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の種類 | 受講が必要と認められる研修には「○」を記してください。（※）市町村が記入 |
| 認知症対応型サービス事業開設者研修 |  |
| 認知症対応型サービス事業管理者研修 |  |
| 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 |  |

【事業所責任者が記入】

|  |  |
| --- | --- |
| １　書類発行（作成）責任者氏名 |  |
| ２　市町村への書類の提出方法 | 紙　　・　　電子メール |

【市町村が記入】

|  |  |
| --- | --- |
| １　市町村名 |  |
| ２　市町村担当部署 |  |
| ３　書類発行（作成）責任者氏名（市町村長名） |  |
| ４　担当者氏名 |  |
| ５　担当者連絡先 |  |
| ６　県への書類の提出方法 | 紙　　・　　電子メール |

**市町村の長の推薦にあたっての留意事項等**

１　推薦の対象となる事業所の基準について

① 新規開設予定の事業所

義務付け研修を受講する必要がある事業所。ただし、構想段階にあるものは、受講の対象にはなりません。市町村との協議が進み、開設が確定している事業所が対象となります。

② 既存の事業所

現に基準を満たしていない、又は近日基準を満たさなくなることが確実な事業所。

※上記①②に該当しない場合は、推薦は不要です。

２　既存の事業所に対する推薦の具体的な目安について

受講申込書の指定基準に基づく人員配置状況の欄で、「イ 満たしていない」又は「ウ 満たさなくなる予定」と回答した事業所が対象となります。

ただし、理由が未記入の事業所については、必ず確認をしてください。（未記入の場合は、受付けません。）

　　また、「人事異動のため」と記入されていた場合、一般的な人事異動か、健康面の問題などやむを得ない人事異動かプライバシーを侵害しない範囲で確認してください。

３　受講資格の確認について

　　申込については、研修毎に介護経験年数や必要資格などの規定がありますので、十分留意していただきますとともに、その旨事業所に対し御指導いただきますようお願いします。