様式５

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

様

１　受講申込事業所について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  |
| ◆指定基準に基づく人員配置状況（選考基準となりますので、該当するところを〇で囲んで下さい。）  ※同一事業所から複数人申込みをされる場合で、他者の受講申込書に記入をしている場合は省略していただいても構いません。 | | | |
| 計画作成担当者 | ア　満たしている | | |
| イ　満たしていない（　　　　年　　月～）  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ウ　満たさなくなる予定（　　　　年　　月～）  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| エ　新規開設予定  　開設予定時期（　　　　　年　　　　月　） | | |
| 事業所における これまでの申込状況 | 1. 上記で選択した人員配置状況に対する、研修受講申込は、   （　初めて　　／　　　　　回目）である。  ※前回の申込みで、申込者が受講決定されている場合は、今回は「初めて」の申し込みとなります。  （２）これまでの申込時期  　 ①　　　　年　　月  ②　　　　年　　月　 ※２回目以上の申込の方のみ記入してください。  ※３回以上申込をされている方は余白に記入してください。 | | |

２　受講希望者について

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　 名 | ※修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきり  と丁寧に記載してください。（「髙」→「高」、「眞」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証  は簡略字で発行します。） |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 |
| 本人携帯番号 | ※提出書類等について研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございま  す。 |
| メールアドレス | ※事務局からの連絡事項及び研修資料を受信し、印刷できるアドレスを記入してください。 |
| 役職  （該当するものを〇で囲んで下さい。） | 代表・管理者（施設長）・主任・ユニットリーダー・介護（看護）職員  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身体介護（認知症介護含む）に従事した期間の合計 | 年　　　　　　　　　ヵ月  ※過去に他事業所で経験した年数も合わせて記入願います。 | | |
| 受講目的 | １　　　　　　年　　月から小規模多機能型サービス事業所等を開設予定であり、当該事業所等の計画作成担当者に就任することが確定している。  ２　　　　　　年　　月からすでに小規模多機能型サービス事業の計画作成担当者に就任している（または就任予定である）が、計画作成担当者研修未受講であり、受講が必要であるため。  ３　現時点では他の者が管理者を務めており、しばらく交代の予定はないが、次期計画作成担当者としてトレーニングを行いたいため。  ４その他（下記に具体的に記載のこと）  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ◆研修の修了状況等 | | | |
| 認知症介護実践者研修（旧基礎課程研修） | | １　認知症介護実践者研修を修了している。  　　　　　年　　　　　　月　　　　日修了  ⇒　修了証書の写しを添付してください。  ⇒　申込時点で、修了証書を受領していない場合は、後日提出してください。  ２　　　　年　　月　　日に開講の研修を受講中（または受講予定）である。  →　研修修了後に、修了証書の写しを提出してください。 | |
| 上記研修受講時と、現在の名字が異なる方は、旧姓を記入してください。 | | |  |

〈受講申込書記入の際の注意点〉

「２　受講希望者について」のメールアドレスは、事務局からの連絡事項及び研修資料を必ず受信し、印刷できるアドレスを記入してください。携帯のメールアドレス等を記入され、研修当日に資料のダウンロードができない等のお問合せがあり、研修の運営や準備等に支障をきたすことがありました。当日は、すぐに対応できない場合がありますので、今一度確認をお願いします。