

受講希望順位

研修受講申込書(認知症介護実践者研修用)

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会長 殿
(所属事業所等の長)
職・氏名

印

次の者について、平成 年度認知症介護実践者研修を受講させたいので、次のとおり申込みます。なお、認知症介護の実務経験については、下記のとおりです。

（ふりがな）	-----		男	住 所	（〒 - ）	
受講者氏名			女			
生年月日	昭和・平成	年	月	日	電話	
所 属 施 設 ・ 事 業 所 の 状 況						
法人名				施設の種類	GH 小規多 認知デイ 特養 老健 その他()	
施設・事業所名						
施設・事業所の住所	（〒 - ）				担当者名	
					電話	
					FAX	
受 講 者 の 資 格 等						
国家資格等 (該当する資格等に○を)	社会福祉士・介護福祉士・看護師・准看護師・介護支援専門員・ヘルパー()級・ その他の資格(資格名:)					
認知症介護 の実務経験 主な職歴を 2年以上記載	期 間	通算期間	勤務先		職務内容	
	年 月～ 年 月	年 月				
	年 月～ 年 月	年 月				
	年 月～ 年 月	年 月				
	年 月～ 年 月	年 月				
計 年 月の実務経験					※ 行不足の場合は別紙添付	
研修受講歴 (修了済みの研修を ○囲み、修了年月 日を記入する。)	1 痴呆介護実務者研修(基礎課程)【修了年月日: } 2 痴呆介護実務者研修(専門課程)【修了年月日: } 3 その他【研修名: }					
受 講 希 望 の 地 区 及 び 研 修 日 程						
希 望	開 催 地 区			研 修 日 程		
第1希望				第 回 (年 月 日～ 年 月 日)		
第2希望				第 回 (年 月 日～ 年 月 日)		
第3希望				第 回 (年 月 日～ 年 月 日)		

※ 同一事業所(法人)で複数名希望する場合は、受講希望順位の欄に優先順位を記入してください。
 ※ 受講理由希望について、裏面の様式2(その2)に所定の事項を記入してください。
 ※ 裏面も必ず記載してください。

様式 2 (その 2)

受講希望理由等調査票

受講理由等 (※該当する理由の番号を○で囲んでください。)

- 1 受講者の希望
- 2 現在指定基準を満たしていない
- 3 研修修了者が退職予定 (退職時期: 年 月)
- 4 研修修了者が法人内異動予定 (異動時期: 年 月)
- 5 新規開設 (開設時期: 年 月、開設場所:)
- 6 平成 28 年度の認知症対応型サービス事業管理者研修受講を希望するが、実践者研修が未修了のため
- 7 平成 28 年度の小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講を希望するが、実践者研修が未修了のため
- 8 その他

※ 受講者選定の参考にするため、上記 1～6 の状況について、具体的に記載してください。記載のない場合は、指定基準上の事情はないものと判断します。

受講希望理由等調査票

受講理由等 (※該当する理由の番号を○で囲んでください。)

- 1 受講者の希望
- 2 現在指定基準を満たしていない
- 3 研修修了者が退職予定 (退職時期: 年 月)
- 4 研修修了者が法人内異動予定 (異動時期: 年 月)
- 5 認知症専門ケア加算
- 6 その他

※ 受講者選定の参考にするため、上記1～6の状況について、具体的に記載してください。記載のない場合は、指定基準上の事情はないものと判断します。

研修受講申込書（認知症対応型サービス事業開設者研修用）

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会長 殿
 （市町村長経由）

〒 ー

主たる事務所の所在地
法人の名称・代表者の氏名

印

このことについて、下記のとおり申し込みます。

(ふりがな)		男	役職名	
受講者氏名		女		
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日
住 所	〒 ー			
代表者の区分 (注 1)	1 指定申請書に記載されている法人の代表者（開設者） 2 1以外の者で、法人の地域密着型サービス部門を代表する者 ※2の場合には、必ず事業所所在市町村の了解を得ること。			
申込者・連絡先	(〒 ー) 事業所住所： 事業所名・担当者名： TEL：			
決定通知・修了書の送付先	(〒 ー) 住所： 宛名（又は担当者名）： TEL：			
開設事業所の状況(注 2) (開設予定を含め開設している事業所(GHと小規模多機能ホーム)を全て記入してください。)				
開設事業所名	開設市町村名	開設時期		

- (注1) この研修は、基本的に法人の代表者が受講すること。受講希望者が地域密着型サービス事業部門の担当役員など、法人の代表者と別の場合は、当該事業所所在の市町村の了解を得ること。
- (注2) 新規開設については、開設場所、時期など具体的な計画(原則、2年以内の開設を予定しているものを目安とすること。)があり、設置所在の市町村と協議しているものについて記入すること。
- (注3) 提出は、市町村を経由してください。

受講希望順位

研修受講申込書 (認知症対応型サービス事業管理者研修用)

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会長 殿
(市町村長経由)

(所属事業所等の長)
職・氏名

印

次の者について、平成 年度認知症対応型サービス事業管理者研修を受講させたいので、次のとおり申込みます。なお、認知症介護の実務経験については、下記のとおりです。

(ふりがな)	-----			男	住 所	(〒 -)	
受講者氏名				女			
生年月日	昭和・平成	年	月	日	電話		
所 属 施 設 ・ 事 業 所 の 状 況							
所属法人名				施設の種類	GH 小規多 認知デイ その他 ()		
施設・事業所名							
施設・事業所の住所	(〒 -)			担当者名			
				電話			
				FAX			
受 講 者 の 資 格 等							
国家資格等 (該当する資格等に0を)	社会福祉士・介護福祉士・看護師・准看護師・介護支援専門員・ヘルパー()級・その他の資格(資格名:)						
認知症介護 の実務経験 主な職歴を 2年以上記載	期 間	通算期間	勤務先		職務内容		
	年 月～年 月	年 月					
	年 月～年 月	年 月					
	年 月～年 月	年 月					
	年 月～年 月	年 月					
		計 年 月の実務経験			※ 行不足の場合は別紙添付		
研修受講歴 (修了済みの研修を ○で囲み、修了年 月日を記入する。)	1	認知症介護実践者研修【修了年月日:]					}
	2	痴呆介護実務者研修(基礎課程)【修了年月日:]					
	3	その他【研修名:]					
※管理者研修を受講するには、実践者研修を修了していることが必須となります。 未修了の場合は、平成28年度の実践者研修の受講を申込、受講が決定した予定回を記載し てください。実践者研修の修了が確認できない場合は、管理者研修を受講できません。 【実践者研修 受講予定日程: 第 回(年月日～年月日)]							
第1希望	第 回(平成 年 月 日～平成 年 月 日)						
第2希望	第 回(平成 年 月 日～平成 年 月 日)						

※ 同一事業所(法人)で複数名希望する場合は、受講希望順位の欄に優先順位を記入してください。

※ 受講希望理由について、裏面の様式5(その2)に所定の事項を記入してください。

※ 裏面も必ず記載し、提出は、市町村を経由してください。

様式5 (その2)

受講希望理由等調査票

受講理由等 (※該当する理由の番号を○で囲んでください。)	
1	管理者だが研修未受講
2	現管理者が退職予定 (退職時期: 年 月)
3	現管理者が法人内異動予定 (異動時期: 年 月)
4	新規開設 (開設時期: 年 月、開設場所:)
5	将来的に管理者が退職・異動する場合に備えるため
6	その他
<p>※ 受講者選定の参考にするため、上記1～6の状況について、具体的に記載してください。記載のない場合は、指定基準上の事情はないものと判断します。 法人内異動の場合は異先事業所名、新規開設の場合は開設時期や市町村との相談状況など(未協議、現在協議中、開設了承済等)、その他の場合は詳しい理由を記載すること。</p> <p>※ 第1回目の研修を必ず受講する必要性・緊急性がある場合は、その理由も記載してください。</p>	

受講希望順位

研修受講申込書 (小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修用)

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会長 殿
(市町村長経由)

(所属事業所等の長)
職・氏名

印

次の者について、平成 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、次のとおり申込みます。なお、認知症介護の実務経験については、下記のとおりです。

受講者氏名	(ふりがな) _____	男 女	住所	(〒 -)
生年月日	昭和・平成 年 月 日	電話		
介護支援専門員資格の登録年月日	平成 年 月 日			
所属施設・事業所の状況				
所属法人名			施設の種類	小規模 複合 その他 ()
施設・事業所名				
施設・事業所の住所	(〒 -)	担当者名		
		電話		
		FAX		
受講者の資格等				
国家資格等 (該当する資格等に0を)	社会福祉士・介護福祉士・看護師・准看護師・介護支援専門員・ヘルパー()級・ その他の資格(資格名:)			
認知症介護 の実務経験 主な職歴を 2年以上記載	期 間	通算期間	勤務先	職務内容
	年 月～ 年 月	年 月		
	年 月～ 年 月	年 月		
	年 月～ 年 月	年 月		
	年 月～ 年 月	年 月		
計 年 月の実務経験				※ 行不足の場合は別紙添付
研修受講歴 (修了済みの研修を ○で囲み、修了年 月日を記入する。)	1 認知症介護実践者研修【修了年月日: _____】 2 痴呆介護実務者研修(基礎課程)【修了年月日: _____】 3 その他【研修名: _____】			
<p>※計画作成担当者研修を受講するには、実践者研修を修了していることが必須となります。 未修了の場合は、平成28年度の実践者研修の受講を申込、受講が決定した予定回を記載してください。 実践者研修の修了が確認できない場合は、計画作成担当者研修を受講できません。</p> <p>【実践者研修 受講予定日程: 第 回 (年 月 日～ 年 月 日)】</p>				

- ※ 同一事業所(法人)で複数名希望する場合は、受講希望順位の欄に優先順位を記入してください。
- ※ 受講希望理由について、裏面の様式6(その2)に所定の事項を記入してください。
- ※ 裏面も必ず記載してください。
- ※ 提出は、市町村を経由してください。

様式6 (その2)

受講希望理由等調査票

受講理由等 (※該当する理由の番号を○で囲んでください。)

- 1 計画作成担当者だが研修未受講
- 2 現計画作成担当者が退職予定 (退職時期: 年 月)
- 3 現計画作成担当者が法人内異動予定 (異動時期: 年 月)
- 4 新規開設 (開設時期: 年 月、開設場所:)
- 5 将来的に計画作成担当者が退職・異動する場合に備えるため
- 6 その他

※ 受講者選定の参考にするため、上記1～6の状況について、具体的に記載してください。記載のない場合は、指定基準上の事情はないものと判断します。
法人内異動の場合は異先事業所名、新規開設の場合は開設時期や市町村との相談状況など(未協議、現在協議中、開設了承済等)、その他の場合は詳しい理由を記載すること。