

受講申込書

下記のとおり平成28年度認知症対応型サービス事業管理者研修(第1回)の受講を申し込みます。

受講申込法人

| | | | |
|------------|------|-------|--|
| 所在地住所 | 〒 | | |
| 法人名称 | | | |
| 代表者職氏名 | ⑩ | | |
| 申し込み担当者職氏名 | | | |
| 電話番号 | | FAX番号 | |
| 開設準備中の場合 | 電話番号 | FAX番号 | |

代表者職氏名の印は、代表者の個人印ではなく、法人の代表者印を押印してください。

1 受講対象者

| | |
|--------|--|
| (フリガナ) | |
| 氏名 | |

| | |
|------|-------------|
| 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 |
|------|-------------|

氏名・生年月日は修了証書に記載しますので、正確に記載してください。

| | |
|-----------------------|---|
| 所属する事業種別 (該当を で囲む) | 1. 指定認知症対応型通所介護事業所(デイサービス) 2. 指定小規模多機能型居宅介護事業所 3. 指定認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム) 4. 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 所属する事業所名称 | |
| 所属する事業所住所 | 〒 |
| 事業所電話番号 | 事業所FAX番号 |

2 管理者就任(予定)日

| | |
|-----|--------------------|
| 就任日 | 年 月 日 (年 月 日就任予定) |
|-----|--------------------|

3 管理者に就任予定の場合、現在の職(具体的に)

| |
|--|
| |
|--|

4 認知症高齢者介護業務の実務経験年数(研修開始月現在)

| |
|-----|
| 年 月 |
|-----|

5 認知症介護実践者研修(旧痴呆介護実務者研修基礎課程)修了日

| |
|----------|
| 平成 年 月 日 |
|----------|

管理者研修受講の要件です。必ず記載してください。

現在、三重県が実施している認知症介護実践研修(実践者研修)(第1回)受講中の方は、修了日を「平成28年8月12日」とご記入ください。ただし、実践者研修を修了できなかった場合には本研修を受講することはできません。

三重県が実施した以外の研修修了者の方は、実施機関を記載いただくとともに、修了書の写しを提出してください。

| |
|--|
| |
|--|

(裏面に続く)

6 管理者研修(第1回)受講のためのレポート(このレポートは、受講希望者ご本人が作成してください。)

下記のテーマに沿った内容で、1,000字以内で記述してください(複数選択可)。

- ・管理者に必要とされる資質とは何か
- ・管理者になるうえで、どのような知識を身につけたいか

別添レポート用紙または任意のレポート用紙によりご提出ください。ご提出いただいたレポートは講義の参考とするため、講師に配布いたします。レポートはパソコン入力により作成してください。

7 その他、受講した認知症介護研修があれば記載してください。

| | | |
|----|------|------|
| 平成 | 年度受講 | 研修名: |
|----|------|------|

この申込書は、保険者(各市町介護保険担当課または介護広域連合事務局)へ提出ください。
本申込書等に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規程により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には使用しません。

受講申込にあたっては、個人情報の利用について、必ず受講希望者本人の同意を得てください。
希望者が複数の場合は、この用紙をコピーして使用してください。

6 管理者研修(第1回)受講のためのレポート(このレポートは、受講希望者ご本人が作成してください。)

※1枚で不足する場合は複数枚印刷のうえご提出ください。レポートはパソコン入力により作成してください。

| | | | |
|----------|--|--------|--|
| 受講希望者ご氏名 | | 所属事業所名 | |
|----------|--|--------|--|

| |
|--|
| |
|--|