

受講申込書

下記のとおり平成27年度三重県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を申し込みます。

1 受講申込法人

所在地住所	〒□□□ - □□□□		
名称			
代表者職氏名	印		
申し込み担当者氏名			
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、施設又は法人の代表者印を押印してください。

2 受講対象者所属事業所

名称			
所在地	〒□□□ - □□□□		
	電話番号	FAX番号	
開設準備中の場合の連絡先	電話番号	FAX番号	

3 受講対象者氏名

(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。

計画作成担当者への就任日(就任予定日)

就任日 平成 年 月 日 (平成 年 月 日就任予定)

就任予定の場合の現在の職(具体的に)

介護支援専門員証登録番号

有効期間

平成 年 月 日

4 認知症介護実践者研修(旧痴呆介護実務者研修基礎課程)修了日及び修了証書番号

平成 年 月 日	修了証書番号 第 号
----------	------------

計画作成担当者研修受講の要件です。必ず記載してください。なお、三重県以外が実施した研修修了者の方は、修了書の写しを添付してください。

なお、現在、三重県が実施している平成27年度認知症介護実践研修「実践者研修(第3回)」受講中の方は、修了日を「平成28年1月20日」とご記入ください。ただし、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。

5 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:

6 計画作成担当者研修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)。

- ・計画作成担当者に求められること
- ・サービス計画を作成する際に留意すべきことは何か

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。

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。また、記入漏れがないようにご注意ください。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。

6.小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修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。任意のレポート用紙によりご提出いただいても構いません。

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