

## 受講申込書

下記のとおり平成27年度認知症対応型サービス事業管理者研修(第2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	印		
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、施設又は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)	指定認知症対応型通所介護事業所(デイサービス) 指定小規模多機能型居宅介護事業所 指定認知症対応型共同生活介護事業所(グループホーム) 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)修了日及び修了証書番号

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

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。

三重県が実施した以外の研修修了者の方は、実施機関も記載いただくとともに、修了証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2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、1000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2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	
--------	--

--