

受講申込書

下記のとおり平成30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。実践者研修の修了証書の(写)もあわせて添付してください。

なお、平成30年度認知症介護実践研修「実践者研修(第3回)」を受講される方は、修了日を「平成31年1月29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:

※ この申込書は、保険者(各市町介護保険担当課または介護保険広域連合事務局)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。

＜計画作成担当者研修受講のためのレポート＞(レポートは、受講希望者ご本人が作成してください。)

※受講決定通知と共に送付する受講申請書(三重県証紙添付)と合わせて別添レポート用紙または任意のレポート用紙により後日、ご提出ください。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。下記のテーマに沿った内容で、1,000字程度で記述してください。

・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