

受講申込書

年 月 日

徳島県知事 殿
(受講申込書は市町村へ提出すること)

郵便番号 _____

住 所 _____

施 設 名 _____

(法人名： _____)

代表者名 _____

電話番号 _____

ファクシミリ _____

担当者名 _____

令和5年度徳島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者として、次のとおり申し込みます。

徳島県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

受講申込者氏名	生 年 月 日	年 齢
(ふりがな)	昭和 平成 年 月 日	歳
認知症高齢者の介護に従事した経験 (施設名及び経験年数)	保健医療サービス又は福祉サービスの経験年数 (事業所名及び経験年数)	
施設名： 経験年数： 年 月	事業所名： 経験年数： 年 月	
福祉関係資格及び既に受講した研修 (受講年次)の状況 ・介護支援専門員 ・認知症介護実践研修(実践者研修) がある場合は必ず記載のこと ※実践者研修の写しを添付すること	指定小規模多機能型居宅介護事業所及び 複合型サービス事業所の計画作成担当者 になった日又は計画作成担当者になる予 定日(ある場合は必ず記載のこと)	
	平成・令和 年 月 日 (就任済・予定)○を入れること	
受講希望の理由		

※市町村長の意見		

市・町・村 _____		

- 1 受講申込書は、事業所を管轄する市町村の介護保険担当課に提出してください。
- 2 受講申込者氏名は、**楷書**で記入してください。
- 3 当研修を受講するには、認知症介護実践研修における実践者研修(旧基礎課程を含む)を修了している必要がありますので、申込書の「福祉関係資格及び既に受講した研修(受講年次)の状況」欄に必ず記入するとともに、修了証の写しを添付してください。