令和２年度　認知症対応型サービス事業管理者研修

**受 講 申 込 書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ  受講者氏名 |  | | | | |
| 受講者住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　　 ※直接連絡が取れる番号 | | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　　年　　　月　　　日 | | 性　別 | | 男　・　女 |
| 職　　種 | １ 介護福祉士 ２ 介護職員実務者研修 ３ 介護職員初任者研修 ４ 看護師 ５ 准看護師  ６ 社会福祉士 ７ 社会福祉主事 ８ 介護支援専門員 ９ その他（　　 　 　 　　　 ） | | | | |
| 既に受講した研修 | □　認知症（痴呆）介護実務者研修基礎課程　　　　修了年度：　　　　　年度  □　認知症介護実践研修（実践者研修）　　　　　　修了年度：　　　　　年度  □　令和２年度　山梨県認知症介護実践研修（実践者研修）修了見込み  　 ※修了証書の写しを添付してください。修了見込みの場合は不要です。 | | | | |
| 認知症介護の経験年数 | 年　　　　ヶ月　　※現在の施設(事業所)・現職以外の経験年数を合算してください。 | | | | |
| 所属施設・事業所 | 法　　人　　名： | | | | |
| 施設・事業所名： | | | | |
| サービス種別  （現在所属している  施設・事業所） | １ 認知症対応型通所介護　　　　　　 　２ 小規模多機能型居宅介護  ３ 認知症対応型共同生活介護　　　　 　４ 看護小規模多機能型居宅介護  ５ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 施設・事業所住所 | 〒 | | | | |
| 所属電話番号 | （　　　） | 所属ＦＡＸ番号 | | （　　　） | |
| 備考：指定基準を満たす上で本研修を今年度必ず受講することが必要な場合は、その理由を記入してください。 | | | | | |
| １　新規事業所開設に伴い人員基準を満たすため  　 〇　開設予定サービス種別 ： 　 認知症対応型通所介護　　　・　小規模多機能型居宅介護  　　 　　　　　　　　　　　　　　 認知症対応型共同生活介護　・　看護小規模多機能型居宅介護  　 〇　開設予定日 ： 　　　　　年　　　月　　　日  ２　現事業所における人員基準を満たすため  ３　その他必須となる理由 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ） | | | | | |