様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

令和６年度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書

　令和　　年　　月　　日

静岡県知事　　鈴　木　康　友　様

所在地

法 人 名

代表者職・氏名

　 所属のメールアドレス

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者 | ふりがな |  | | | 性　別 | 男　・　女 | |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | （和暦）　　　　年　　月　　日 | | | 役職名 |  |
| 所属する  事業所等 | 名　称：  サービス種類：  所在地：〒  電　話：　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | | | |
| 経験年数 | (介護の実務経験)　　　　年　　か月（申込日現在） | | | | |
| 介護支援専門員の資格取得の  有無（いずれかに○） | | | 有（　　年）／　無（有効期間切・今年度実務研修受講予定・  今年度更新研修・再研修受講予定・その他　　　　　　　　　　） | | | |
| その他の保有資格 | | |  | | | |
| 受講希望区分 | | 第１希望 |  | 第２希望 | |  |
| 研修受講履歴 | | ※　該当する□にチェックを付し、研修修了証書の写しを添付すること。  　認知症介護実践研修（実践者研修）　　　　 【　　　年度修了】  　痴呆介護実務者研修（基礎課程）　　　　　 【　　　年度修了】  　ファーストステップ研修　 【　　　年度修了】  　その他の対象となる研修　※研修実施要領参照  　 研修名：　 　　　　　　　　　　　　　　 【　　　年度修了】 | | | | |
| 受講理由 | |  | | | | |

※受講希望区分：西部、中部のいずれかを記入してください。

※受講理由：申込者多数の際の選考の参考とするので、受講を希望する具体的理由を必ず記入願います。

就任を予定する事業所が所在する（予定を含む）市町名：（　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象事業所 | 区　　　分  （該当する□にチェック） | 指定小規模多機能型居宅介護事業所　　指定看護小規模多機能型居宅介護事業所  指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所 | | |
| 事業所名 |  | 開設日  （開設予定日） | 年　　月　　日 |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 事業所の  所在地 | 〒 | | |
| 市町との  協議状況 | ※　**新規開設の場合のみ**、該当する□にチェックすること。  　指定済み　　　指定申請中　　　事前協議中　　　未協議 | | |
| 同一事業所内に受講希望者が複数ある場合の優先順位　　　　　　　　　　　　人中　　　　　位 | | | |

※開設予定の事業所で、事業所名、所在地が決定していない場合は、(仮)として仮称を記入してください。

※人員交代等の理由により、現在所属する事業所と同一の場合においても記入してください。