**令和６年度認知症対応型サービス事業管理者研修　受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　山口県社会福祉協議会　宛て

（法人・事業所名）

（代表者氏名）

このことについて、下記のとおり申込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 生　年月　日 | 昭和平成 | 　　　年　 　月 　　日 |
| 受講希望者氏名 |  |
| 受講希望者の現在の所属等 | 事業所（施設）名 |
| 事業所（施設）住所・連絡先〒　　　－　　　　TEL　　　　－　　　　－　　　　　　　　FAX　　　　－　　　　－ |
| 受講希望者連絡先　　　TEL　　　　－　　　　－ |
| 事業所別種別　（※　該当項目に○をしてください。）１　認知症対応型共同生活介護　　　　　２　認知症対応型通所介護３　小規模多機能型居宅介護　　　　　　４　看護小規模多機能型居宅介護５　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 申込に関する連絡担当者氏　名連絡先　　TEL　　　－　　　－ |
| 受講目的 | ※　該当項目に○をしてください。（※　必ず、「年」と「月」は記入すること。）１　事業所開設のため　（令和　　　年　　　月　　　日　開設予定）２　管理者変更のため　（令和　　　年　　　月　　　日　就任・就任予定・時期未定） |
| 管理者となる予定の事業所のサービス種別 | ※　該当項目に○をしてください。１　認知症対応型共同生活介護　　　　　２　認知症対応型通所介護３　小規模多機能型居宅介護　　　　　　４　看護小規模多機能型居宅介護 |
| 受講希望者の取得している資格等 | ※　該当項目に○をしてください。１ 介護支援専門員　　２ 介護福祉士　　３ 社会福祉士　　４ 精神保健福祉士５ 訪問介護員（　　　）級　　６ 看護師・准看護師　　７ 保健師８ その他（　　　　　　　　） |

裏面も必ず記入してください。

|  |
| --- |
| 受講希望者の研修受講歴※　該当項目に○をして年月日等を記入してください。又、**修了証書の写しを添付**すること。 |
| １ | 認知症介護実践者研修 | 《修了証書番号：　　　　　　　　》　　　　年度　修了 |
| ２ | 認知症（痴呆）介護実務者研修（基礎課程） | 《修了証書番号：　　　　　　　　》　　　　年度　修了 |
| ３ | 山口県以外で研修を受講した場合 | 　　　　　 県・　　　　　　　　　　　　　　　　研修《修了証書番号：　　　　　　　　》　　　　年度　修了 |

**※必ず御記入ください**

**実務経験年数合計　 　年　　月（うち認知症介護経験　　　年　　月）**

※本紙（受講申込書）の**記入箇所において、空欄があった場合は書類不備**として申込書を受け付け

られないことがありますので、十分に注意してください。