

令和 年 月 日

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

(〒 -)

法人等の名称

法人印

所在地

代表者職・氏名

記入担当者名(職: 氏名:)電話番号() -
FAX () -

次の者について、令和8年度第1回認知症介護実践者研修を受講させたいので申込みます。

申込理由	(A) 認知症対応型サービスの(<input type="checkbox"/> 新規開設、 <input type="checkbox"/> ユニット増、 <input type="checkbox"/> 欠員補充) 受講後に就く予定の職名(<input type="checkbox"/> 管理者、 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者)			
	(B) <input type="checkbox"/> その他			
種類	<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他			
事業所の名称		開設年月日 (予)	昭和・平成・令和 年 月 日	
所在地	(〒 -) 電話番号(- -)			
受講希望者	(ふりがな) 氏名 (職名) (職種)	性別	男・女	
		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)	
受講希望者 住所	(〒 -) 電話番号(- -)			
現有資格	現有資格をチェックし、資格証の写しを添付すること <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(級課程) <input type="checkbox"/> その他()			
主な職歴	従事期間	通算期間	施設・事業所名	職務内容(具体的な)
	年 月 ~ 年 月	年 か月		
	年 月 ~ 年 月	年 か月		
	年 月 ~ 年 月	年 か月		
	年 月 ~ 年 月	年 か月		
研修体制	職場実習場所 (事業所名)			
	実習時指導者	(職名)	(氏名)	
研修受講希望者が研修で 学びたいこと				
事業所が研修受講希望者 に期待すること				
備考(配慮)欄				

注1) 新規開設、ユニット増の場合、開設計画書の写しを添付すること。

注2) 欠員補充の場合、既受講者の欠員申立書(別紙様式2)を添付すること。

注3) 小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、及び看護小規模多機能型居宅介護事業所で管理者に就こうとする者は、特養、老健、通所介護等で3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を証明する職務内容を記載した、勤務していた事業所の就業証明書(別紙様式3)を添付すること。

注4) 現有資格の資格証の写しを添付すること。

注5) 雇用を証する雇用契約書等の写しを添付すること。

注6) 実習受入れ承諾書(別紙様式4)を添付すること。