

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

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

(〒 -)

法人の所在地：.....

法人名：.....

法人代表者の

職名・氏名：.....

法人印

記入担当者名 () 電話番号 (- -)

E-mail () FAX番号 (- -)

認知症対応型サービス (認知症対応型通所介護事業所、 認知症対応型共同生活介護事業所 (グループホーム)、 小規模多機能型居宅介護事業所、 看護小規模多機能型居宅介護事業所) の (欠員補充、 新規開設) のため、次の者について、令和8年度第1回認知症対応型サービス事業管理者研修を受講させたいので申し込みます。【※ 該当する にチェックください。】

事業所名	名称	開設年月日 (予定日)		平成 年 月 日
	所在地	(〒 -)	電話番号	- -
受講希望者の住 所	氏名	(ふりがな)	性 別	男 ・ 女
			生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住所	(〒 -)	電話番号	- -
受講後に就く職名	※ 該当する <input type="checkbox"/> にチェックください。 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者兼計画作成担当者			
現 有 資 格	※ 該当する <input type="checkbox"/> にチェックください。 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (級課程) <input type="checkbox"/> その他 ()			
認知症高齢者介護 経験の履歴 【現在から遡って具体的に記入ください。】	年月～年月	勤務した事業所名等	職 務 内 容	
備考欄(配慮)				
認知症高齢者介護の経験年数 (R8年6月末現在)			合計 (年 ヶ月)	
※ 認知症介護実践者研修 (旧基礎課程を含む) の修了証書番号等			修了証書番号 第 号 修了年月日 年 月 日 (令和 年度 第 回修了予定)	

(注1) 認知症対応型共同生活介護事業所 (グループホーム)、小規模多機能型居宅介護事業所、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等を記載した、勤務していた事業者の就業証明書 (別紙様式4) を添付すること。

(注2) 新規開設の場合、計画書の写し (市町村の事業者指定の担当部署において受理されたもの) を添付すること。

(注3) 欠員補充の場合、別紙様式2により既受講者の欠員申立書を添付すること。

(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) 認知症介護実践者研修 (旧基礎課程を含む) の修了証書の写しを添付すること。