

<記入例>

様式第1号 (第5条関係)

平成〇〇年△△月〇日

北九州市長 様

申込者 〒800-0000

住所: 北九州市八幡西区〇〇二丁目△□一□

法人名: 株式会社 ○〇

事業所名: 小規模多機能型居宅介護 △△

代表者名: 代表取締役 ○〇 □□

電話番号: 093-000-0000

担当者名: 門司 次郎

代表者の職印を使用してください。忘れずに担当者も記入してください。

印

平成 年度 第 期 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

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載して下さい。(「高」を「高」など略さないでください。)

実践者研修の修了証書年月日記入してください。受講予定の方は、修了予定年月日を記入してください。

フリガナ 申込希望者 氏名	ケンシュウ ヨウコ 研修 洋子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇〇年 △月 □日 <input type="checkbox"/> 西暦
実践者研修 基礎課程) 修了年月日	平成〇〇年△月□□日	サービス種別	<input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()
職種 ※該当するもの全てにチェックしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 生活相談員 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
資格 ※該当するもの全てにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input checked="" type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー 級) <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()		

現在勤務しているサービス種別にチェックしてください。

現在の職種にチェックしてください。

※該当する項目の“□”に“レ”でチェックし、内容を記載してください。>

- すでに計画作成担当者に就任している
【事業所名及び所在区】 _____ (_____ 区)
【事業所の種別】
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
- 今後計画作成担当者に就任する予定である
【就任予定年月日】 平成〇〇年 △月 □日
【就任予定事業所名及び所在区】
_____ 小規模多機能型居宅介護 △△ (八幡西 区)
【事業所の種別】
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
- 「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修に係る特別推薦」及び「変更届」を提出している

<特記事項>

※認知症介護実践者研修(旧基礎課程)修了証書の写しを必ず添付してください。

上記に掲載された個人情報は、本研修実施に関する目的以外での利用は致しません