

(別紙様式1)

令和 年 月 日

滋賀県社会福祉協議会会長

(事業者(法人等)の所在地および名称)

(代表者職・氏名)

令和5年度 滋賀県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

次の者について、標記研修の受講を申し込みます。

(フリガナ) 受講者の氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
事業者(法人等) の名称						
小規模多機能型 居宅介護事業所等 の名称						
小規模多機能型 居宅介護事業所等 の所在地・連絡先	〒 住所	TEL	FAX			
通知文書の送付先 (上記事業所と異なる場合は、記入して下さい。)	〒 住所	名称	TEL			
介護支援専門員 としての登録状況	(介護支援専門員登録番号) (8ケタ)	(有効期間)	年 月 まで			
実践者研修等の 修了状況	(修了証書の番号) (7ケタ)	(ア) 平成・令和 年度 実践者研修 修了(見込み) (イ) 平成・令和 年度 基礎課程 修了				
当該事業所 の開設状況	① 既設 (平成・令和 年 月 日 開設済み) ② 新設 (令和 年 月 日 開設予定)					
計画作成担当者 就任(予定)状況	① 平成・令和 年 月 日 就任 (または 就任予定) ② 今後、勤務を希望している					

- 注) ・申込書には、事業者(法人、株式会社等)の所在地、名称および代表者名(理事長名、代表取締役名等)を記入してください。
・実践者研修等の修了状況欄の右欄には、(ア)(イ)のいずれかに○印を付け、修了年度を記入してください。
・「当該事業所の開設状況」欄には、①②のいずれかに○印を付け、年月日を記入してください。
・「計画作成担当者就任(予定)状況」欄には、今回の受講者について①②のいずれかに○印を付け、①の場合は年月日を記入してください。
・この申込書には、「介護支援専門員証の写し」および「認知症介護実践者研修(旧基礎課程を含む)修了証の写し」を添付してください。

上記申込内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 氏名
※受講者ご本人が自署していただきますようお願いいたします。