（別紙様式1）

令和 6 年　　月　　日

滋賀県社会福祉協議会会長　行

（事業者（法人等）の所在地および名称）

（代表者職・氏名）

令和6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（前期）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	（登録番号/8ｹﾀ）	（有効期間） 年　　月まで	（介護支援専門員としての通算経験年数） 年
	（保有資格に〇をしてください）1.社会福祉士　2.介護福祉士　3.薬剤師　4.保健師 5.看護師　6.准看護師　7.助産師　8.理学療法士　9.作業療法士　10.歯科衛生士 11.言語聴覚士　12.栄養士　13.精神保健福祉士　14.その他（　　）		
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（または見込み） （イ）平成　　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		

市町担当課への申込書提出と併せて、滋賀県社会福祉研修センター研修システムでの申し込みが必要です。

研修システム入力日	月　　日	システム申し込み済　・　システム申し込み予定

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）のいずれかに〇印を付け、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のいずれかに〇印を付け、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のいずれかに〇印を付け、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します。