

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7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(後期)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	〒 所在地 TEL FAX						
現在の所属先 (上記事業所と異なる場合 は、記入して下さい。)	〒 所在地 事業所名 TEL						
介護支援専門員 としての登録状況	(登録番号/8桁)		(有効期間)		(介護支援専門員としての通算経験年数)		
	年 月 日まで		年		年		
	(保有資格に○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)		(ア) 平成・令和 年度 実践者研修 修了(または見込み)				
	(7桁)		(イ) 平成 年度 痴呆介護実務者研修「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○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します。