

滋賀県社会福祉協議会会長 様

(事業者(法人等)の所在地および名称)

法人名または会社名  
(代表者職・氏名)

印

令和3年度(前期・後期)滋賀県認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書  
次の者について、標記研修の受講を申し込みます。

|                                                              |                                                                                                      |             |                                   |      |   |   |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------|------|---|---|
| 受講者の氏名<br>(フリガナ)                                             | ( )                                                                                                  | 生年月日        | 昭和<br>平成                          | 年    | 月 | 日 |
| 日 程<br>(受講日程に○をつけて<br>ください)                                  | 前期 (9月14日・9月21日の2日間)                                                                                 |             |                                   |      |   |   |
|                                                              | 後期 (2月9日・2月16日の2日間)                                                                                  |             |                                   |      |   |   |
| 事業者(法人等)の<br>名称・所在地                                          | 法人または会社名 および 所在地                                                                                     |             |                                   |      |   |   |
| 事業所の種別                                                       | ① 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ④看護小規模多機能型居宅介護支援<br>② 小規模多機能型居宅介護 ③ 認知症対応型通所介護(認知症デイ) (①～④のいずれかに○印を付けてください。) |             |                                   |      |   |   |
| 事業所の名称                                                       | 現在所属の事業所名                                                                                            | 受講者の<br>役職名 | 現在の役職名<br>例:介護主任<br>※役職がない場合「介護職」 |      |   |   |
| 事業所の所在地・<br>連絡先                                              | 〒 現在所属の事業所所在地<br>TEL: FAX:                                                                           |             |                                   |      |   |   |
| 通知文書の送付先<br>(事業所の所在地と異なる<br>場合は、記入して下さい。)                    | 〒 現在の所属先所在地<br>(上記と異なる場合、記入して下さい)                                                                    |             | 左記の<br>連絡先<br>(TEL)               |      |   |   |
| 認知症の方の<br>介護経験<br>(「認知症対応型通所<br>介護」の管理者への就任予定<br>者は、記入不要です。) | 期 間                                                                                                  |             | 施設・事業所の種別および名称                    |      |   |   |
|                                                              | 年 月 ～ 年 月                                                                                            |             |                                   |      |   |   |
|                                                              | 年 月 ～ 年 月                                                                                            |             |                                   |      |   |   |
|                                                              | 年 月 ～ 年 月                                                                                            |             |                                   |      |   |   |
|                                                              | 認知症の方の介護総経験年数                                                                                        |             | 年 ヶ月                              |      |   |   |
| 既に受講した研修<br>(受講決定を既に得ており、<br>近々の修了予定を含む。)                    | 研 修 名                                                                                                |             |                                   | 受講年度 |   |   |
|                                                              | 認知症介護実践研修「実践者研修」                                                                                     |             |                                   |      |   |   |
|                                                              | 旧 痴呆介護実務者研修「基礎課程」                                                                                    |             |                                   |      |   |   |
| 当該事業所<br>の開設状況                                               | ① 既設 (平成・令和 年 月 日 開設済み)<br>② 新設 (令和 年 月 日 開設予定)                                                      |             |                                   |      |   |   |
| 研修受講後の<br>就任予定状況                                             | 令和 年 月 日に、当該事業所の管理者に就任予定。(交代を含む。)                                                                    |             |                                   |      |   |   |

注)「認知症の方の介護経験」欄の記入に際しては、「グループホーム」、「小規模多機能型」、「看護小規模多機能型居宅介護支援事業所」の管理者は、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の職員または訪問介護員等として従事した内容を記入してください。また、「グループホーム」、「小規模多機能型」、「看護小規模多機能型居宅介護支援事業所」の管理者となるには、「3年以上認知症である者の介護に従事した経験を有する者であることが必要である。」との国の基準がありますので、ご留意願います。

- ・「既に受講した研修」欄は、管理者研修受講の前提条件となる実践者研修等の受講状況の確認のため、受講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。
- ・「研修受講後の就任予定状況」欄には、管理者への就任予定年月日を記入してください。(現在の管理者の交代に伴う就任を含む。)
- ・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、代表者印(理事長印、代表取締役印等)を押印してください。私印は不可です。

上記申込内容に相違ないことを証明します。

氏名 生年月日 S・H 年 月 日  
※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。