

(様式7号)

令和元年度 佐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

令和 年 月 日

※裏面の記入要領をご参照の上、ご記入ください。

(ふりがな)					
受講希望者 氏名		性別	生年月日	S/H	年 月 日 () 歳
事業所 (予定)	名称			事業所 番号	
	所在地			メールア ドレス	
	サービ スの 種類*	<input 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		開設日	年 月 日
研修受講状況*	<input type="checkbox"/> 実践者研修 <input type="checkbox"/> 基礎課程		年 月 年 月	} <u>どちらかを必ず受講しておくこと。</u>	
認知症介護(看 護)の経験年数	年 月 日現在	高齢者介護(看 護)の経験年数	年 月 日現在		
介護に関する資 格・免許*	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員1・2級		<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他()	
主な職歴	期間	勤務先	職務内容		
	年 月 ~ 年 月				
	年 月 ~ 年 月				
受講理由	(例: 計画作成者の変更を予定しているため。事業所の新規開設を予定しているため。…など)				

佐賀県健康福祉部長寿社会課長 様

上記の者について、令和元年度佐賀県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講を申し込みます。

また、当事業所の上記職員が佐賀県小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講することについて承諾し、当該職員の研修受講が円滑に行えるよう協力します。

申込者

法人名

代表者職名

所在地

電話番号

メールアドレス

申込担当者名

印

(〒 -)

< 記入要領 >

- 記入漏れがある場合は、選考対象としない場合がありますのでご注意ください。
- 研修に係る連絡・書類送付は申込者欄に記載されている電話番号及び所在地に行います。
なお、事業所が開設準備段階にあるなど、申込者欄と連絡・書類送付先が異なる場合は、
下欄にご記入ください。

住所〒	—
事業所名	
連絡先電話番号	() —
(担当者名 :)

- 申込者欄について、新規に法人等を設立して事業所を開設する場合は、予定法人名等で構いません。
- ※のついている項目は、該当する事項の口をチェック (✓) してください。
- 受講申込書の返却はいたしません。

< 個人情報の取扱いについて >

- ここに記載された個人情報は、本研修以外の目的では使用しません。
- ここに記載された個人情報は、情報を提示いただいた方の同意を得た当課以外の第三者に提供、開示等一切行いません。
- ここに記載された個人情報は、本研修を当課以外の者に委託する場合には、個人情報の漏洩や再提供等しないよう、契約により義務づけ、適切な管理を実施させております。