**【管理者研修】**

北海道認知症対応型サービス事業管理者研修

受講依頼書兼申込書

　北 海 道 知 事　様

年　　月　　日

開催回：第　　回申込み

法人名：

申込者

証明写真貼付欄

４cm×３cm

（写真の裏に事業所名と氏名を記入すること）

事業所名：

事業所種別：

事業所所在地(決定通知送付先)

〒：　　　－

住所：

事務担当者名：

担当者連絡先番号：

メールアドレス：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性  別 | 男  ・  女 | 生年  月日 | 昭和  ・  平成 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | |
| 職　種 |  | 介護職員 |  | 看護職員 | | | |
|  | 相談員 |  | 介護支援専門員 | | | |
|  | 管理者 |  | その他（　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 受講理由 |  | 管理者の変更のため（ 就任日又は予定日：令和　　年　　月　　日 ）  （就任先事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
|  | 新規事業所開設のため（ 就任日又は予定日：令和　　年　　月　　日 ）  （事業所名（仮称可）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  （開設予定住所：　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 研修受講  状況 |  | 平成・令和　　年度　認知症介護実践者研修を修了  修了年月日:平成・令和　　年　　月　 日《修了証書番号　　　　　　》 | | | | | |
|  | 平成　　年度　認知症(痴呆)介護実務者研修(基礎課程)を修了  修了年月日：平成　　年　　月　　日　《修了証書番号　　　　　　　》 | | | | | |
|  | その他  研修名：  修了年月日：平成　　年　　月　　日　《修了証書番号　　　　　　　》 | | | | | |
|  | 研修初日までに認知症介護実践者研修を修了予定  研修実施機関名：  修了予定年月日：令和　　年　　月　　日 | | | | | |

**〈次のページの注意事項を必ずお読みください。〉**

【注意事項】

（１）証明写真について

　　・申込前３ヶ月以内に撮影したものであること

　　・無帽、無背景、鮮明であるもの

　　・上三分身（胸から上のみ）を正面から撮影していること

　　・前髪や装飾品等で目や顔の一部が隠れているものは不可

（２）修了証書について

　　　写しを忘れずに添付してください。

　　　なお、受講申込時に実践者研修が未修了であって、管理者研修の初日までに修了する見込みである場合は、管理者研修初日の受付時に写しを提出してください。

（３）申込者の氏名及び生年月日について

　　　修了証書を発行する際に使用しますので、楷書で正確に記入してください。