**【小規模研修】**

北海道小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

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)

郵便番号：　　　－

住所：

事業所名：

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 |  |
| 介護支援専門員資格 | 登録番号：　　　　　　　　　　交付年月日　　：　　　　年　　月　　日有効期間満了日：　　　　年　　月　　日 |
| 職　種 |  | 計画作成担当者 |  | 看護職員 |
|  | 介護職員 |  | 相談員 |
|  | 管理者 |  | その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 受講理由 |  | 計画作成担当者変更のため（ 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　　　　　　　》 |
|  | 平成・令和　　年度　認知症対応型サービス事業管理者研修を修了修了年月日：平成・令和　　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、計画作成担当者研修の初日までに修了する見込みである場合は、計画作成担当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。

（４）介護支援専門員資格について

　　　介護支援専門員証の写しを忘れずに添付してください。

　　　次の場合を除き、有効期間満了日を経過している方は受講対象となりません。（再交付の手続きをされている場合は、申し出てください。）

　　・サテライト型指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者に従事している、または従事する予定の方

（５）申込書の提出について
各市町村担当課にご提出ください。