

## 平成 29 年度「認知症対応型サービス事業管理者研修」受講申込書

\*事業主体と、現在勤務している施設名の両方を記載してください。

事業主体（法人） 代表者名 印

〔電話〕 〔FAX〕

連絡担当者氏名 /

施設・事業所 所在地 〒  
名称

〔電話〕 〔FAX〕

太枠内は必ず申込者が自筆すること↓↓

ふりがな			生年 月 日	昭和 平成	年 月 日	年齢 歳	性別	男 女
氏名			年月日					
資格	役職		勤務 年数		年 月	介護経験 年 数		年 月
研修の受講目的 (該当するものにレ印を付けてください。)				認知症介護に関する研修の受講歴 (該当するものにレ印をつけてください。)				
<input type="checkbox"/> 平成 29 年度にグループホーム等を開設し、その事業所の管理者になるため。 <b>※平成 年 月頃予定</b> <b>※就任予定事業所種別 ( )</b>				<input type="checkbox"/> 実践者研修 受講年度 ( ) 修了証No ( ) <input type="checkbox"/> 実践リーダー研修 受講年度 ( ) 修了証No ( ) <input type="checkbox"/> 旧基礎課程 受講年度 ( ) 修了証No ( ) <input type="checkbox"/> 旧専門課程 受講年度 ( ) 修了証No ( ) <input type="checkbox"/> 処遇技術研修 受講年度 ( ) 修了証No ( ) <input type="checkbox"/> 今年度受講申込み予定				
<input type="checkbox"/> 平成 29 年度中に、新たに管理者になるため。 <b>※平成 年 月頃予定</b> <b>※就任予定事業所種別 ( )</b>				<b>※必ず修了証(写)を添付してください。</b> 修了証が添付できない場合は、受講年度、修了証Noを必ずご記入ください。				
<input type="checkbox"/> 既設のグループホーム等の管理者であるが、研修未受講であり、受講する必要があるため。								
(認知症対応型グループホームの開設予定のため受講する場合はご記入ください。)						優先順位：		
開設予定時期： 平成 年 月 ユニット数：								
*受講希望回 (希望する回にレ印を)				<input type="checkbox"/> 第 1 回 <input type="checkbox"/> 第 2 回 <input type="checkbox"/> 第 3 回				
備考								

## ◆施設・事業所の管理者記入欄

貴施設・事業所における認知症介護の現状と課題、それに対する取組計画をご記入ください。

今回の受講申込者と同じ所属に実践リーダー研修(専門課程)の修了者がいますか。(該当するものにレ印を)

 いる ( 名 )     いない     その他 ( )