楷書で丁寧に記入願います。

**管**

**茨城県認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | 性　別 | | | 1　男　　　2　女 | | | | | | | ←氏名と生年月日は修了証に  印刷されます。間違いのないよう記入してください。 | | |
| 氏　　名 | | |  | | | 生年月日 | | | 昭和  平成 | | 年　　 月　　 日 | | | | |
| 自宅住所 | | | **〒** | | | | | 電話  番号 | | * - | | | | | | ←左記に、ご自分の住所・連絡先のTELを記入。 | | |
| 受講するPCのアドレス | | | **記入必須 （職場のアドレス）**  **※** | | | | | | | | | | | | | ←研修で使用する職場のPCのアドレスを記入。 | | |
| 勤 務 先 | 法人名  施設名 | | |  | | | | | | | | | 職種名 | |  | | | |
| 所在地 | | | **〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講決定通知送付先** | | | | | 電話  番号 | - - | | | | | | | FAX  番号 | - - |
| **事業所形態** | □グループホーム　□小規模多機能型居宅介護　□看護小規模多機能型居宅介護　□認知症対応型通所介護  □その他(　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受講目的 | 1　指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）を開設予定のため(☆)  2　指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所・指定看護小窪多機能型居宅介護事業所を開設予定のため(☆)  3　指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所を開設予定のため(☆)  4　施設の管理者を変更するため(★)  5　既に管理者であるが、研修を未受講のため（管理者就任：　　　年　　　月）前任者氏名：  6　上記以外の目的（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※具体的な受講目的を必ず記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(☆)受講目的が1～3の方**は、以下もすべて記入して下さい。  ア 開設の予定　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日頃  イ 事業者指定申請の予定　令和　　　年　　　月　　　日頃  ウ 施設の名称  エ 開設予定住所  オ 予定役職　　1　管理者　　　2　管理者兼計画作成担当者  　　　　　　　3　その他（　　　　　　　　　　　）  カ 増設ユニット数　　　　ユニット→　　　　ユニットへ  キ 管轄市町村への相談　　未 ・ 済 （平成　　　年　　　月）  　　　済の場合→　1 同意を得ている　　2 相談中 | | | | | | | | | **(★)受講目的が4の方**は、以下もすべて記入して下さい。  ア 変更時期　　　　　年　　　月　　　日頃 ・ 未定  　　※変更の時期、もしくは、時期が未定であるかどちらかを記願います。  イ 変更役職　1　管理者　　2　管理者兼計画作成担当者  　　　　　　3　その他（　　　　　　　　　　）  ウ 前任者の役職・氏名  エ 変更の理由  ※ 上記2行も記入  オ 市町村への報告・相談　未・済（　 　年　　月頃） | | | | | | | | |
| 認知症介護実践者研修（または実務者研修基礎課程）の受講の有無 | | | | | | | | | | | | 有（平成・令和 　　年度 第　　回） ・ 無 | | | | | | |
| 認知症介護の実務経験 | | 勤　務　先 | | | 職種・役職 | | 従　　事　　期　　間（令和７年５月31日現在） | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 昭和・平成・令和　　　　　　昭和・平成・令和  　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　（　　年　　ヶ月間） | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 昭和・平成・令和　　　　　　昭和・平成・令和  　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　（　　年　　ヶ月間） | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 昭和・平成・令和　　　　　　昭和・平成・令和  　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　（　　年　　ヶ月間） | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | 昭和・平成・令和　　　　　　昭和・平成・令和  　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日　（　　年　　ヶ月間） | | | | | | | | | | | |
| 右は、令和　７年５月31日現在で記入を→ | | | | | **認知症介護の実務経験　：　計　　　　年　　ヶ月間** | | | | | | | | | | | |
| 高齢者福祉に  　関する資格 | | 資　　格　　の　　名　　称 | | | | | | | | | | | | 取　得　年　月　日 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | | |

　令和７年　　　月　　　日 申込者（受講者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　【自筆サイン】

上記の者を研修の受講生として推薦します。

　令和７年　　　月　　　日 法人・事業所名

および所属長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【自筆サイン】

※この申込みに関する連絡先

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　　　　　　　　　電話番号　　　　-　　　　-