

平成29年度認知症介護実践研修（実践者研修）受講申込書 【市町推薦用】

平成 年 月 日

法人所在地
〒

法人名

代表者名

印

推薦を必要とする事業所	事業所名		サービス種類 ※該当に○	ア 指定認知症対応型通所介護 イ 指定小規模多機能型居宅介護 ウ 指定認知症対応型共同生活介護 エ 指定看護小規模多機能型居宅介護	
	事業所所在地	〒	電話番号 FAX 番号	() ()	
	推薦要件 該当項目 ※該当に○	1 新規開設	ア 平成29年度の新規開設が市町において決定済 イ 平成29年度に市町が行う新規開設の募集に申請予定 ウ 平成30年度の新規開設が市町において決定済		ア 管理者
		2 開設済み	ア 現在人員基準を満たしていない イ 今後、職員の離職等により人員基準を満たさない状況となることが確実である。(詳細を下記に明記すること。)		イ 計画作成担当者
具体的な状況 (2-イの場合、必ず記入すること。記載のない場合は推薦しない。)					
本研修申込みの事務担当者名	TEL				

※ 上記推薦要件に該当しない場合は、様式1【直接申込用】を使用してください。

受講希望者	ふりがな		受講希望会場	第1希望		第2希望	
	氏名			会場		会場	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	性別	男・女	職種		
	介護等業務経験年数	年 月 (申請日現在)	資格		センター方式について ※該当に○	ア 知っている イ 使用経験有り ウ 知らない	

<市町行政記入欄> (申込事業所は記入しないでください。)

市町名					
推薦の有無	推薦する	推薦しない	市町内 推薦順位	位	
推薦要件 該当項目	1-ア・1-イ・1-ウ	開設予定： <input type="checkbox"/> 有			
	2-ア・2-イ	状況の確認： <input type="checkbox"/> 済			
備考					