

年 月 日

令和2年度「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」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]

◆申込者本人が記入すること

ふりがな		生年 月日	昭和 平成	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女
氏名								
資格		役職		勤務 年数	年 月	介護経験 年 数		年 月
*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								
○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付けてください。)								
<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"/> 今年度受講申し込み予定								
※必ず修了証の写しを添付してください。 修了証が添付できない場合は、受講年度、修了証No を必ず記入してください。								