

## 令和5年度 広島県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

申込者 法人の主たる事務所の所在地  
〒

法人の名称及び代表者の職氏名

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
受講希望者氏名						
職種(資格) (該当する番号すべてに○してください)	1 医師      2 保健師      3 助産師      4 看護師      5 准看護師 6 理学療法士   7 作業療法士   8 社会福祉士   9 介護福祉士   10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士   12 介護支援専門員(ケアマネジャー)   13 訪問介護員(ホームヘルパー) 14 その他( )					
実践者研修 修了日(予定日)	平成・令和 年 月 日					
役職名						
所属 先 事 業 所 等	種別 (該当する番号に○してください)	1 介護老人福祉施設      2 介護老人保健施設      3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所      5 通所介護事業所      6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム   8 小規模多機能型居宅介護   9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護   11 地域密着型介護老人福祉施設   12 その他( )				
	名称					
	住所	〒				
	連絡先	電話番号		FAX		
	施設設置者 (法人の名称)				担当者	

- ※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。  
2) 役職名は施設(法人)における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士など

## 【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。  
なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

## 【申込書の提出先】

事業所が所在する市町の介護保険担当課

記入時参照

(様式1)

令和5年度 広島県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

記入もれがある場合、お電話で確認または再提出をしていただく場合があります。記入もれのないようお願い致します。

申込者 法人の主たる事務所の所在地  
〒

法人の名称及び代表者の職氏名

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日生
受講希望者氏名				
職種(資格) (該当する番号すべてに○してください)	1 医師      2 保健師      3 助産師      4 看護師      5 准看護師 6 理学療法士   7 作業療法士   8 社会福祉士   9 介護福祉士   10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士   12 介護支援専門員(ケアマネジャー)   13 訪問介護員(ホームヘルパー) 14 その他( )			
実践者研修 修了日(予定日)	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。			日
役職名				
所属 先 事業 所 等	種別 (該当する番号に○してください)	1 介護老人福祉施設      2 介護老人保健施設      3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所      5 通所介護事業所      6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム   8 小規模多機能型居宅介護   9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護   11 地域密着型介護老人福祉施設   12 その他( )		
	名称	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。		
	住所	〒		
	連絡先	電話番号	FAX	
	施設設置者 (法人の名称)	担当者の方と連絡が取れる番号をご記入ください。		担当者 受付窓口または受講者本人をご記入ください。

- ※ 1) 記入漏れがあったら、お電話で確認してください。  
2) 役職名は施設(法人)における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士など

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

事業所が所在する市町の介護保険担当課