

令和2年度堺市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

ふりがな 申込者氏名			性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
職種・役職			介護実務 経 験 年 数	年 月
計画作成担当の 任に就いているか	計画作成担当者 ・ 計画作成担当者の予定者 ・ その他 ※いずれかに○をつけてください。			
取得している 資格等	医師・保健師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員 その他（ ）			
実践者研修 修了日	年 月 日 修了証書の写しを添付下さい		実践者研修 修了証書番号	
法人名				
事業所名	事務連絡ご担当者名（ ）			
施設種別	小規模多機能・看護小規模多機能・その他（ ）			
事業所 所在地	〒 ー			
事業所 電話番号			F A X 番号	

堺市認知症介護実践者等養成事業実施要綱第4条の規定により、上記研修について申し込みます。

令和 年 月 日

(申込者氏名)

推薦者

(法人・施設(事業所)名)

(代表者・施設長名)

※ 本申込書は、郵送又は持参してください。

※ 申込者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にご記入ください。

※ 記載された個人情報は、受講者の決定や修了証の作成等、本研修の円滑な運営のために使用します。

※ 「推薦者」欄について、押印は不要ですが、必ず施設の管理的立場の方ご承諾の上で、ご記載ください。