

# 【管理者研修】

北海道認知症対応型サービス事業管理者研修

## 受講依頼書兼申込書

北海道知事様

年 月 日

開催回：第\_\_回申込み

法人名：\_\_\_\_\_

事業所名：\_\_\_\_\_

事業所種別：\_\_\_\_\_

事業所所在地(決定通知送付先)

郵便番号：\_\_\_\_\_

住所：\_\_\_\_\_

事業所名：\_\_\_\_\_

事務担当者名：\_\_\_\_\_

担当者連絡先番号：\_\_\_\_\_

メールアドレス：\_\_\_\_\_

申込者  
証明写真貼付欄  
4 cm×3 cm  
(写真の裏に事業所名と氏名を記入すること)

ふりがな			性別	男 ・ 女	生年 月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
氏名							
職種		介護職員		看護職員			
		相談員		介護支援専門員			
		管理者		その他 ( )			
受講理由	管理者の変更のため ( 就任日又は予定日：令和 年 月 日 ) ( 就任先事業所名： )						
	新規事業所開設のため ( 就任日又は予定日：令和 年 月 日 ) ( 事業所名 ( 仮称可 )： ) ( 開設予定住所： )						
	その他 ( )						
研修受講状況	平成・令和 年度 認知症介護実践者研修を修了 修了年月日：平成・令和 年 月 日 《修了証書番号 》						
	平成 年度 認知症(痴呆)介護実務者研修(基礎課程)を修了 修了年月日：平成 年 月 日 《修了証書番号 》						
	その他 研修名： 修了年月日：平成 年 月 日 《修了証書番号 》						
	研修初日までに認知症介護実践者研修を修了予定 研修実施機関名： 修了予定年月日：令和 年 月 日						

〈次のページの注意事項を必ずお読みください。〉

## 【注意事項】

### (1) 証明写真について

- ・ 申込前3ヶ月以内に撮影したものであること
- ・ 無帽、無背景、鮮明であるもの
- ・ 上三分身（胸から上のみ）を正面から撮影していること
- ・ 前髪や装飾品等で目や顔の一部が隠れているものは不可

### (2) 修了証書について

写しを忘れずに添付してください。

なお、受講申込時に実践者研修が未修了であって、管理者研修の初日までに修了する見込みである場合は、管理者研修初日の受付時に写しを提出してください。

### (3) 申込者の氏名及び生年月日について

修了証書を発行する際に使用しますので、楷書で正確に記入してください。

### (4) 申込書の提出について

各市町村担当課にご提出ください。