

【小規模研修】

北海道小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

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
4cm×3cm
(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					
介護支援 専門員資格	登録番号：		交付年月日：	年 月 日	
			有効期間満了日：	年 月 日	
職 種	計画作成担当者		看護職員		
	介護職員		相談員		
	管理者		その他（ ）		
受講理由	計画作成担当者変更のため（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 》				
	平成・令和 年度 認知症対応型サービス事業管理者研修を修了 修了年月日：平成・令和 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、計画作成担当者研修の初日までに修了する見込みである場合は、計画作成担当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) 介護支援専門員資格について

介護支援専門員証の写しを忘れずに添付してください。

次の場合を除き、有効期間満了日を経過している方は受講対象となりません。（再交付の手続きをされている場合は、申し出てください。）

- ・ サテライト型指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者に従事している、または従事する予定の方
- ・ 新型コロナウイルス感染症の影響による特例措置として資格を喪失しない取扱いとされている方

(5) 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。