

【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。