**令和５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　　　ヶ月 |
| 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 | 〒　　　－　　　　　　　 |
| 事業所電 話 番 号 |  | ＦＡＸ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。