様　式　1

２０１９年度京都府認知症介護実践者等養成研修
認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

令和元年　　月　　日

法　人　名
代　表　者　　印

事 業 所 名
代　表　者　　印

２０１９年度京都府認知症介護実践者等養成研修（**認知症対応型サービス事業管理者研修**）について、下記のとおり申込みます。

記

受講者勤務先	事業所名 (ｻｰﾋﾞｽ種別)	（　　）	問い合わせ担当者名
	所 在 地		電　話： ＦＡＸ：

受 講 申 込 者	生　年　月　日	実務経験年数	現事業所での勤続年数
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	昭和 平成　　年　　月　　日	年　　月 （申込日現在）	年　　月 （申込日現在）
受講希望理由	１　新たに開設する事業所の管理者となるため （就任予定日：令和　　年　　月 ／サービス：　　） ２　管理者が変更となるため （就任予定日：令和　　年　　月 ／サービス：　　） ３　その他（　　）		
認知症介護実践者研修修了年度 又は 基礎課程の修了年度	年度	修了証書番号　　号	介護に係る取得資格

＊　提出書類一覧

・様式１（本紙）
・様式２「受講申込者優先順位一覧表」（※１事業所から２名以上申込みの場合）
・認知症介護実践者研修又は痴呆介護実務者研修(基礎課程)の修了証書（写し）
・申込者１名につき１枚の返信用封筒（※角２号(24cm×33.2cm)のもの）
（受講者勤務先の住所・事業所名・郵便番号等記載の上、120円切手を貼付）

＊　提　出　期　限

令和元年11月22日(金)（必着）（※封筒に「管理者研修 受講申込書」と記載し郵送）

＊　提　出　先

事業所所在地の市町村介護保険担当課（開設予定の場合は、開設予定地の市町村）

様　式　２

※　１事業所から２名以上申込む場合には、各研修の受講申込書に併せて提出願います。

２０１９年度京都府認知症介護実践者等養成研修
認知症対応型サービス事業管理者研修

受講申込者優先順位一覧表

法　人　名	
事 業 所 名	
サービス種別	

優先順位	受　講　申　込　者　氏　名

記入例

様　式　1

２０１９年度京都府認知症介護実践者等養成研修
認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

令和元年　　月　　日

※サービス種別
　申込日現在で、申込者の勤務先事業所のサービス種別を記載してください。（次ページのサービス一覧を参照してください。）

※受講申込者・生年月日
　修了証書発行の際に必要な情報になりますので、楷書で丁寧に記載してください。

法　人　名　**社会福祉法人○○○会**
代　表　者　**丹後　太郎**　印

事 業 所 名　**グループホーム洛央苑**
管　理　者　**中丹　次郎**　印

成研修（認知症対応型サービス事業管理者研修）に

記

受講者勤務先	事業所名 (ｻｰﾋﾞｽ種別)	**グループホーム洛央苑** （　**認知症対応型共同生活介護**　）	問い合わせ担当者名 **乙訓　花子**
	所 在 地	**○○市△△町４番地**	電　話：○○○ー○○○○ ＦＡＸ：○○○ー●●●●

受講申込者	生　年　月　日	実務経験年数	現事業所での勤続年数
(ﾌﾘｶﾞﾅ) **ﾔﾏｼﾛ ｲﾁﾛｳ** 氏名　**山城　一郎**	(昭和) 平成　**５９**年　**５**月　**５**日	**１０**年**７**月 （申込日現在）	**４**年**７**月 （申込日現在）
受講希望理由	①新たに開設する事業所の管理者となるため （就任予定日：令和**２**年**４**月 ／サービス：**小規模多機能型居宅介護**　） ２　管理者が変更となるため （就任予定日：令和　年　月 ／サービス：　） ３　その他（　）		
認知症介護実践者研修修了年度 又は 基礎課程の修了年	年度　**２２** 修了証書番号　**１５０**	介護に係る取得資格	**介護福祉士**

※実務経験年数
　申込日時点で、介護保険サービス事業所において介護業務に直接従事した年数を記載してください。（事務職員や調理員など、介護業務に直接従事していない期間は含みません。）

※現事業所での勤続年数
　申込日時点で所属している事業所の勤続年数を記載してください。

※受講希望理由
　本研修を受講する希望を１～３の中から選び、就任予定日と就任する予定の事業所のサービス種別も漏れなく記入してください。

＊　提出書類一覧

＊　提　出　期　限
　令和元年11月

＊　提　出　先
　事業所所在地の

＊サービス一覧

居宅サービス

○訪問介護　○訪問入浴介護　○訪問看護　○訪問リハビリテーション　○居宅療養管理指導
○通所介護　○通所リハビリテーション　○短期入所生活介護　○短期入所療養介護
○特定施設入居者生活介護　○福祉用具貸与　○特定福祉用具販売

地域密着型サービス

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護　○夜間対応型訪問介護　○地域密着型通所介護
○認知症対応型通所介護　○小規模多機能型居宅介護
○認知症対応型共同生活介護　○地域密着型特定施設入居者生活介護
○地域密着型介護老人福祉施設　○看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

介護保険施設

○介護老人福祉施設　○介護老人保健施設　○介護療養型医療施設

その他

○居宅介護支援　○介護予防支援

※予防サービスに所属している場合は、本体サービスを記載してください。
（例）予防訪問介護事業所に所属　→　「訪問介護」と記載