

令和7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 <u>修了証書の写しを添付下さい</u>	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 電話番号	〒一 TEL: 一 一 一			
緊急時連絡先 携帯番号	一 一	メールアドレス		

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。