

令和8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	実 践 者 研 修 修 了 証 書 番 号		
法 人 名	<u>修了証書の写しを同梱して下さい</u>			
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 在 地 電 話 番 号	〒 — TEL : — —			
緊 急 時 連 絡 先 携 帯 番 号	— —	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

(受講申込者氏名)

※同じ事業所で複数名申し込みをされる場合、以下に記入してください。

施設内優先順位

番目

推薦者

(法人・施設(事業所)名)

(代表者・施設長名)

- ※ 各施設（事業所）において、認知症介護の推進役となる方を推薦してください。
- ※ 本申込書は、大阪府社会福祉事業団へ郵送又は持参してください。（①郵送での申込）
- ※ インターネットでの申込は「申込フォーム」に情報を入力してください。（②インターネットでの申込）
- ※ 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、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。
- ※ 申込が多数の場合は、抽選のうえ受講者を決定します。