

受講希望理由等調査票

受講理由等 (※該当する理由の番号を○で囲い、詳細を記載すること)

- 1 受講者の希望
- 2 現在指定基準を満たしていない
- 3 研修修了者が退職予定 (退職時期: 年 月)
- 4 研修修了者が法人内異動予定 (異動時期: 年 月)
- 5 新規開設 (開設時期: 年 月、開設場所:)
- 6 今年度の認知症対応型サービス事業管理者研修受講を希望するが、実践者研修が未修了のため
- 7 今年度の小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修受講を希望するが、実践者研修が未修了のため
- 8 その他

※ 受講者選定の参考にするため、上記2～8の理由で受講を希望する場合、指定基準上の事情等について具体的に記載すること

資格一覧 ※保有する資格を全て選び、表面の「保有資格等」欄に記入すること。

- ・ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、准看護師
- ・ 介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者
- ・ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師
- ・ 管理栄養士、栄養士
- ・ 社会福祉士、介護支援専門員、精神保健福祉士
- ・ EPA介護福祉士、在留資格「介護」
- ・ その他の資格 (具体的な資格名を記入すること)