

受講希望順位

研修受講申込書（小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修用）

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会 会長 殿
(市町村長経由)

(所属事業所等の長)

職・氏名

次の者について、令和6年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講させたいので、次のとおり申込みます。なお、認知症介護の実務経験については、下記のとおりです。

Form with sections: (ふりがな), 受講者氏名, 所属施設・事業所の状況, 法人名, 施設・事業所名, 施設等の種類, 施設・事業所の住所, 受講者の資格等, 介護支援専門員資格の登録年月日, その他の保有資格, 認知症介護の実務経験, 主な職歴を2年以上記載, 研修受講歴

- ※ 同一事業所（法人）から複数名希望する場合は、受講希望順位の欄に優先順位を記入すること。
※ 受講希望理由について、裏面の様式5（その2）に所定の事項を記入すること。
※ 裏面も必ず記載すること。
※ 提出は、市町村を経由すること。

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 計画作成担当者だが研修未受講
- 2 現計画作成担当者が退職予定 (退職時期: 年 月)
- 3 現計画作成担当者が法人内異動予定 (異動時期: 年 月)
- 4 新規開設 (開設時期: 年 月、開設場所:)
- 5 将来的に計画作成担当者が退職・異動する場合に備えるため
- 6 その他

※ 受講者選定の参考にするため、指定基準上の事情等について具体的に記載すること。
法人内異動の場合は異動先事業所名、新規開設の場合は開設時期や市町村との相談状況など
(未協議、現在協議中、開設済済等)、その他の場合は詳しい理由を記載すること。

資格一覧 ※保有する資格を全て選び、表面の「その他の保有資格等」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)

