（様式１－１）

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修受講申請書

市町村長　様

【受講希望者の所属する施設・事業所等の概要】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所等所在地 |  | |
| 法人名 |  | |
| 施設・事業所等名及び代表者名 | |  |
| 連絡先の施設・事業所担当者名 | |  |
| 電話番号（ＦＡＸ番号） | | （　　　　　　　　　　） |
| Emailアドレス | |  |

以下の者について千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　　名  （生年月日） | 性別  ………  年齢  歳 | 職　種 | 実践者研修  修了状況  ※１ | 身体介護に関す  る資格等の有無  （有・無に○を  付す）※２ | 身体介護業務の  通算経験年数 | 優先順位 |
| (　　　　　　) | 男・女  ………  　　歳 |  | 済　　未了 | 有( 　 　 )  無 | 年 |  |
| 住所 |  | | | | |

　　※１　旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）も含みます。

※２　資格等が有の場合は，（　）内に資格等の種類（介護福祉士，ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟ- 〇級，

〇〇研修修了等）を記載する。

一部免除の希望有無（認知症介護実践研修（実践者研修）の修了（予定）者のみ記入下さい。）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の一部免除 | 既受講済の認知症介護実践研修  （実践者研修）の状況 |
| 希望する　希望しない | 年　　月修了（予定） |
| 研　修　実　施　者 |
| （県・千葉市・その他（　　　）） |

（様式１－２）

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修受講申請書

【グループホーム等開設予定者用】

　市町村長　様

【受講希望者の所属する施設・事業所等の概要】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所等所在地 |  | |
| 法人名 |  | |
| 施設・事業所等名及び代表者名 | |  |
| 連絡先の施設・事業所担当者名 | |  |
| 開設予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号（ＦＡＸ番号） | | （　　　　　　　　　　） |
| Emailアドレス | |  |

以下の者について千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　　名  （生年月日） | 性別  ………  年齢  歳 | 職　種 | 実践者研修  修了状況  ※１ | 身体介護に関す  る資格等の有無  （有・無に○を  付す）※２ | 身体介護業務の  通算経験年数 | 優先順位 |
| (　　　　　　) | 男・女  ………  　　歳 |  | 済　　未了 | 有( 　 　 )  無 | 年 |  |
| 住所 |  | | | | |

※１　旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）も含みます。

　　※２　資格等が有の場合は，（　）内に資格等の種類（介護福祉士，ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟ- 〇級，〇〇研修受講等）を記載する。

一部免除の希望有無（認知症介護実践研修（実践者研修）の修了（予定）者のみ記入下さい。）

|  |  |
| --- | --- |
| 研修の一部免除 | 既受講済の認知症介護実践研修  （実践者研修）の状況 |
| 希望する　希望しない | 年　　月修了（予定） |
| 研　修　実　施　者 |
| （県・千葉市・その他（　　　）） |

**開設予定者とは，グループホーム等の開設が具体的に進んでいる事業所を指します｡したがって，単に将来的に開設を考えているような事業所は，具体的になった段階での申込をお願いします｡**