

平成28年度 京都市認知症介護実践研修 【実践者研修申込書】


法人名			
事業所名			
事業所長の氏名	(印)		
事業所住所	〒		
電話・FAX	TEL	FAX	
研修担当者又は連絡窓口担当者氏名（ふりがな）			
事業所種別（該当する番号すべてに○をつけてください）			
在宅	1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援事業所 3 訪問介護 4 訪問入浴介護 5 訪問看護 6 訪問リハ 7 通所介護 8 通所リハ 9 短期入所生活介護 10 短期入所療養介護 11 居宅療養管理指導 12 福祉用具貸与 13 福祉用具販売		
地域密着	14 地域密着型特定施設入居者生活介護 15 地域密着型通所介護 16 夜間対応型訪問介護 17 認知症対応型通所介護 18 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） 19 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 20 認知症対応型共同生活介護 21 小規模多機能型居宅介護 22 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
施設	23 介護老人福祉施設 24 介護老人保健施設 25 介護療養型医療施設 26 特定施設入居者生活介護		

受講申込対象者					
ふりがな		希望回	生年月日	昭和・平成	経歴年数
氏名		回		年 月 日	※1 年 ヶ月
希望順位 (法人内)	※2	事業所 種別番号	※3	管理者若しくは計 画策定担当者に就 任する予定の有無	※4 □ あり (平成 年 月) □ なし
地域密着型サービスに係る京都市介護保険課との事前協議の予定の有無	<input type="checkbox"/> あり ① 事業の種類： _____ ② ユニット数(認知症対応型共同生活介護の場合のみ)： _____ ③ 管理者名： _____ ④ 計画作成担当者名： _____ <input type="checkbox"/> なし				
保有資格	<input type="checkbox"/> あり (該当するもの全てに○) 介護福祉士 社会福祉士 訪問介護員 医師 保健師 看護師 准看護師 介護支援専門員 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 精神保健福祉士 その他 (_____) <input type="checkbox"/> なし				
受講者 自宅住所	〒 _____				

- ※1 高齢者介護業務に直接従事した期間(4月1日時点)を記入してください。事務職員・調理職員など、介護業務に直接従事しない期間は含みません。
- ※2 同一法人から複数名申込み場合は必ず御記入ください。受講希望者多数で選考となった場合に、記載がないと選外となることがあります。
- ※3 受講申込対象者の所属する事業所種別の上記の番号から、当人が主として在席している事業を1つだけ記載してください。
- ※4 受講希望者が、この研修の受講が義務付けられている指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所、指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所の管理者や指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び計画作成担当者に就任する予定がある場合(または既に就任している場合)に記入してください。

記入例

平成28年度 京都市認知症介護実践研修 【実践者研修申込書】

法人名	〇〇法人△△△△	省略せず正式名称で記入
事業所名	特別養護老人ホームすこやか	
事業所長の氏名	長寿 一	公印又は事業所長の印 
事業所住所	〒600-8127 京都市下京区河原町五条下る東側	
電話・FAX	TEL 〇〇〇-〇〇〇〇	FAX △△△-△△△△
研修担当者又は連絡窓口担当者氏名（ふりがな）	永井 貴（ながい たかし）	
事業所種別（該当する番号すべてに○をつけてください）		
在宅	1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援事業所 3 訪問介護 4 訪問入浴介護 5 訪問看護 6 訪問リハ 7 通所介護 8 通所リハ 9 短期入所生活介護 10 短期入所療養介護 11 居宅療養管理指導 12 福祉用具貸与 13 福祉用具販売	
地域密着	14 地域密着型特定施設入居者生活介護 15 地域密着型通所介護 16 夜間対応型訪問介護 17 認知症対応型通所介護 18 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス） 19 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 20 認知症対応型共同生活介護 21 小規模多機能型居宅介護 22 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
施設	23 介護老人福祉施設 24 介護老人保健施設 25 介護療養型医療施設 26 特定施設入居者生活介護	

受講申込対象者					
ふりがな	きょうと たろう	希望回	生年月日	昭和・平成	経歴年数
氏名	京都 太郎	2 回		平成 2 年 3 月 4 日	4 年 4 ヶ月
希望順位（法人内）	※2 1	※3 事業所種別番号 23	管理者若しくは計画策定担当者に就任する予定の有無	※4 <input checked="" type="checkbox"/> あり（平成29年6月） <input type="checkbox"/> なし	
地域密着型サービスに係る京都市介護保険課との事前協議の予定の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり ① 事業の種類： <u>小規模多機能型居宅介護事業所</u> ② ユニット数（認知症対応型共同生活介護の場合のみ）： _____ ③ 管理者名： <u>京都 太郎</u> ④ 計画作成担当者名： _____ <input type="checkbox"/> なし				
保有資格	<input checked="" type="checkbox"/> あり（該当するもの全てに○） 介護福祉士 社会福祉士 訪問介護員 医師 保健師 看護師 准看護師 介護支援専門員 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 精神保健福祉士 その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> なし				
受講者自宅住所	〒 600-8127 京都市下京区西木屋町通上 / 口上る梅濠町 83 番地の 1				

- ※1 高齢者介護業務に直接従事した期間（4月1日時点）を記入してください。事務職員・調理職員など、介護業務に直接従事しない期間は含みません。
- ※2 同一法人から複数名申込み場合は必ず御記入ください。受講希望者多数で選考となった場合に、記載がないと選外となることがあります。
- ※3 受講申込対象者の所属する事業所種別の上記の番号から、本人が主として勤務している事業を1つだけ記載してください。
- ※4 受講希望者が、この研修の受講が義務付けられている指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所の管理者や指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所の管理者及び計画作成担当者に就任する予定がある場合（または既に就任している場合）に記入してください。