

年 月 日

栃木県保健福祉部高齢対策課長 様

(申込者)  
法人名  
事業所等の名称  
事業所長名  
所在地 〒

電話番号

※ 上記が受講決定通知の送付先となります。

令和5(2023)年度 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修について、次のとおり申し込みます。

受講希望者	(フリガナ)			
	氏名			
	生年月日		昭和 平成	年 月 日
	勤務先 (新設事業所 の場合は 予定を記入)	法人名		
		名称		
		所在地	〒	
		電話番号	—	—
		FAX番号	—	—
	職務の内容			
	サービスの種類 (該当するものに○)	1	小規模多機能型居宅介護	2 看護小規模多機能型居宅介護
		3	介護予防小規模多機能型居宅介護	
	介護支援専門員登録番号			
認知症関係の 研修受講履歴	研修の名称		受講修了年月日	
	実践者研修又は実務者研修 (旧基礎課程) 《必須》		年 月 日	
			年 月 日	
受講希望理由 (該当するものに○及び記入)	1	新規に開設する小規模多機能型サービス事業所等の計画作成担当者 に就任するため 《 開設予定年月 年 月 》		
	2	小規模多機能型サービス事業所等の計画作成担当者 が変更となるため 《 変更予定年月 年 月 》		
	3	その他 ( )		
【必須】 メールアドレス及び本人 直通電話番号	Mail:		Tel:	
上記のとおり相違ありません。申し込みを希望します。		受講者氏名 _____		

※網掛け部分に○をつけてください。

※受講者氏名については、必ず本人が自署してください。