

(第1号様式)

平成 年 月 日

(あて先)京 都 市 長

事業所の住所
〒

Tel :

Fax :

事業所名

事業所の長

印

(記入担当者名 : _____)

京都市地域密着型サービス等研修受講申込書

平成30年度京都市地域密着型サービス等研修(前期)について、下記のとおり受講を申し込みます。

1 認知症介護サービス事業開設者研修

優先順位	受講希望者氏名	生年月日	事業所の種類	現場体験日程							
				※可能な日全てを○で囲んで下さい。							
1		昭和・平成 年 月 日	1 小規模多機能 2 認知症デイ 3 グループホーム	9/25	9/26	9/27	9/28	10/1	10/2	10/3	10/4
				10/5	10/8	10/9	10/10	10/11	10/12		
2		昭和・平成 年 月 日	1 小規模多機能 2 認知症デイ 3 グループホーム	9/25	9/26	9/27	9/28	10/1	10/2	10/3	10/4
				10/5	10/8	10/9	10/10	10/11	10/12		

2 認知症対応型サービス事業管理者研修

優先順位	受講希望者氏名	生年月日	事業所の種類	実践者研修修了 年度	備考
1		昭和・平成 年 月 日	1 小規模多機能 2 認知症デイ 3 グループホーム	年度	
2		昭和・平成 年 月 日	1 小規模多機能 2 認知症デイ 3 グループホーム	年度	

3 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

優先順位	受講希望者氏名	生年月日	事業所の種類	実践者研修修了 年度	備考
1		昭和・平成 年 月 日	1 小規模多機能 2 認知症デイ 3 グループホーム	年度	
2		昭和・平成 年 月 日	1 小規模多機能 2 認知症デイ 3 グループホーム	年度	

- * 各研修に3名以上申込希望の場合は、この申込書をコピーの上押印・記入しご郵送ください。
- * 氏名、生年月日はこの申込書の通り修了証書に記載されますので、正確に記入してください。
- * 開設者研修を受講希望の方は、現場体験の可能な日に○をつけてください。(円滑な調整のためなるべく多くの日程に○をつけてください。また、必ずしもご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。)別途日程調整のご連絡を差し上げます。
- * **認知症介護実践研修(実践者研修)**(旧基礎課程含む)修了者は修了年度を記載してください。
- * 受講希望者ごとに別紙の経歴書を添付してください。
また、管理者研修については認知症介護実践研修(実践者研修)修了証書の写しを、計画作成担当者研修については介護支援専門員登録証明書及び認知症介護実践研修(実践者研修)修了証書の写しを添付してください。(認知症介護実践研修(実践者研修)修了証書を紛失されている場合は、京都市介護ケア推進課(075-213-5871)までお問い合わせ下さい。)