

(あて先) 京都市長

事業所住所	〒		
TEL :			FAX :
事業所名			
事業所長名			

京都市地域密着型サービス等研修受講申込書

令和6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 認知症対応型サービス事業開設者研修

受講希望者氏名		役職	生年月日	事業所の種類				メールアドレス	
				(現在)		(予定)			
			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 4.その他 ( )		1.小規模多機能 2.認知症デイ 3.グループホーム 4.その他 ( )			
9/30(月)	10/1(火)	10/2(水)	10/3(木)	10/4(金)	10/7(月)	10/8(火)	10/9(水)	10/10(木)	10/11(金)

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	メールアドレス
			(現在)	(予定)		
		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 4.その他 ( )	1.小規模多機能 2.認知症デイ 3.グループホーム 4.その他 ( )	年度	
		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 4.その他 ( )	1.小規模多機能 2.認知症デイ 3.グループホーム 4.その他 ( )	年度	

3 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

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	メールアドレス
		(現在)	(予定)		
	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 4.その他 ( )	1.小規模多機能 2.認知症デイ 3.グループホーム 4.その他 ( )	年度	

- \* 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。事業所の代表者以外の方は組織図を添付してください。
- \* 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。)