

社会福祉法人 神戸市社会福祉協議会 理事長 宛

受講者写真の添付

1. 縦 36～40 mm
横 24～30 mm

2. 裏面のりづけ

事業所名

代表者名

印

令和5年度 第1回神戸市小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
(オンライン研修・科目により集合研修) 受講申込書

令和5年度 第1回小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講させたく申し込みます。

受講希望者氏名 フリガナ ()		生年月日 昭和・平成 年 月 日 (才)	
本人携帯番号		性別 男 ・ 女	
事業所番号			
所属事業所名			
事業所所在地 連絡先		〒 - 電話 - FAX -	
現職名			
介護・看護の経験年数(他事業所での経験も含む) 年 月		所有資格 ※該当するものに○印を付けてください (准)看護師・介護福祉士・社会福祉士・ホームヘルパー・ その他 ()	
実践者研修 (基礎課程)		修了年月日 年 月 日 修了・修了予定 実施主体 神戸市・兵庫県・その他 () ※必ず 修了書のコピーを添付のこと	
介護支援専門員 資格・経験の有無		介護支援専門員資格あり(経験あり・経験なし) ・ 介護支援専門員資格なし	
計画作成担当者 就任予定等		<input type="checkbox"/> 現在計画作成担当者に就任している <input type="checkbox"/> 計画作成担当者就任予定である 就任予定事業所名： 運営主体： 就任予定日： 令和 年 月 日 開設年月日：平成・令和 年 月 日 開設地域：神戸市 区	
受講にあたっての動機及び今回の研修で学びたいこと、またその学びを今後どのように活かしていきたいか等をご記入ください。(受講希望者本人がご記入ください)			