

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

法人・病院・会社名  
代表者名

印

申込責任者(現所属長等) 役職名

氏名

印

## 令和5年度 第2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2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。

※記入漏れ等の不備がある場合選考の優先順位が下がる又は受講不可となる等の不利益が生じる場合があります。

受講希望者 フリガナ ( ) 氏名		生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 才) 性別 男・女	
本人携帯番号		現職名	
現勤務先	事業所名	事業所番号(10桁)	
	事業所所在地 連絡先	〒 - 電話 - FAX -	
	サービス種別 該当するものに○	特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅・認知症対応型通所介護・通所介護・訪問介護・居宅介護・その他(サービス種別名記入: )	
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 看護師(准)・介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員・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 ( ) (府)県 (市(町)) ※必ず 修了書のコピーを添付のこと		
計画作成担当者 就任状況等 (該当する□に✓)	<input type="checkbox"/> 新規開設する事業所の計画作成担当者に就任予定 ⇒ 開設予定日: R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 既存の事業所の計画作成担当者に就任予定 ⇒ 就任予定日: R 年 月 日 <input type="checkbox"/> 現在、既に計画作成担当者に就任済み ⇒ 就任日: R 年 月 日		
就任(予定) 事業所 ※全員記入	事業所名		
	所在地市町名	神戸市 区・その他 ( ) (府)県 (市(町))	
	サービス種別 (該当する種別に✓)	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	
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		
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)			