

(別 紙)

令和 年 月 日

_____ 介護保険担当課長 様
(市町村を記入)

法人名 _____

事業所名 _____

管理者名 _____ 印

令和8年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
受講申込書の提出について

時下ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。
さて、標記研修の受講申込に伴い別添のとおり必要書類を提出いたします。
つきましては、記載内容を御確認いただき、貴職から福岡県社会福祉協議会長
あて提出いただきますようお願い申し上げます。

担当者 _____

TEL _____

FAX _____

※市町村介護保険担当課に提出してください。

(様式第1号)

令和8年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 第1回 受講申込書

- 開催要綱「受講対象者」に記載の内容を十分に確認のうえ、記入してください。
○研修修了者には修了証書を交付しますので、氏名及び生年月日は正確に記入ください。
○令和8年6月1日現在で御記入ください。

受講希望者	ふりがな		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (歳)
所属等	法人名				
	事業所名				
	所在地	(〒 -)			
		TEL () - FAX () - ※決定通知等の文書を送付します。上記と異なる場合のみ下記に御記入ください。 宛名： 住所：(〒 -)			
役職					
認知症対応型サービス事業について	事業の種別 (いずれかを○印)	・指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所 ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所			
	開設時期等 (いずれか御記入ください)	【開設済み】 開設(指定)日 平成・令和 年 月 日 就任(予定)日 平成・令和 年 月 日			
【開設予定】 開設予定日 令和 年 月 日 就任予定日 令和 年 月 日					
メールアドレスフォームへの登録が済んでいれば、済 まだの場合は登録予定日を下記に記入してください。 ※メールアドレスを登録しなければ受講できませんので、ご注意ください。					
済・未 (/ 頃に登録予定)					

受講申込者経歴書

○令和8年6月1日現在で御記入ください。

ふりがな			
氏名			
受講者 現住所	(〒 -) (TEL - -)		
認知症高齢者の介護業務における実務経験年数	年 月		
勤務期間	勤務先名	職務内容	
《例》 令和3年4月1日～令和8年5月31日(計5年2ヶ月)	グループホーム〇〇〇〇〇	介護職	
年 月 日～ 年 月 日(計 年 ヶ月)			
年 月 日～ 年 月 日(計 年 ヶ月)			
年 月 日～ 年 月 日(計 年 ヶ月)			
年 月 日～ 年 月 日(計 年 ヶ月)			
年 月 日～ 年 月 日(計 年 ヶ月)			
年 月 日～ 年 月 日(計 年 ヶ月)			
認知症介護実践者研修 修了(見込)年月日	平成・令和 年 月 日		
痴呆介護実務者研修(基礎過程) 修了年月日	平成 年 月 日		
資格取得免許の種類	資格取得年月日		
介護支援専門員	平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		
	平成・令和 年 月 日		

小規模多機能型サービス等計画作成 担当者研修受講における同意書

社会福祉法人
福岡県社会福祉協議会
会長 酒見 俊夫 様

私は、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を受講するにあたり、
下記事項を遵守しなかった場合は、受講取消等の指示に従うことに同意します。

- 1 遅刻、欠席、早退をしません。
- 2 研修期間における提出物は、必ず提出期限を守り、不備なく提出します。
- 3 研修中は、講師等の指示に従います。
- 4 研修中は、常に真剣な態度で臨み、周りの受講者に迷惑をかけません。

令和 8年 月 日

所属施設名 _____

受講者氏名 _____ 印