

【管理者研修】

2022年度 サンシャイン総合学園
認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

株式会社サンシャイン
代表取締役 松永 淳 様

年 月 日
(所属名)
(代表者名) 印
(担当者名)
(連絡先電話番号)

開催回： 4 ・ 5 回目申込み

フリガナ		生年月日	昭和 ・ 平成	年齢
受講者氏名			年 月 日	才
現職名 ※1		主な資格 ※2		
	(現在管理者ではない場合記載) 年 月 就任予定	(管理者と兼務する職(ある場合記載))		
所属事業所	現在	法人名	TEL	
		事業所名	FAX	
		所在地 住所	〒	
			※決定通知の送付先となります。他の送付先を希望する場合は、以下の「連絡先」に記載して下さい	
予定 ※3		事業所名称	開設： 年 月	
		住所	〒 異動： 年 月	

※上記所属事業所以外への郵送を希望の場合のみ記載して下さい。

連絡先名称 住所	勤務先名		TEL
	勤務先住所	〒	FAX

<裏面もご記入のうえ、併せて提出してください>

研修受講歴 ※4 ※「 修了証書の写し 」を添付すること	認知症介護実践研修 (実践者研修)	・有 交付 ： 年 月 日 証書番号 ：第 号 ・修了予定 研修修了予定日 ： 年 月 日 研修実施機関名 ：
	認知症(痴呆)介護実務者研修(基礎課程)	・有 交付 ： 年 月 日 証書番号 ：第 号
	その他研修名 ()	・有 交付 ： 年 月 日 証書番号 ：第 号
受講理由 ※右欄を参考に記入	・研修を修了した管理者が不在(不在となった時期、理由を記載) ・管理者が変更となる(変更の理由を記載) ・新規開設(開設予定日を記載) ・その他	

申込書類に不実や虚偽の記載が認められた場合には、受講決定の取消又は修了証書の交付が出来ない場合がありますのでご注意ください。

また、修了証書発行後に虚偽が認められた場合には修了を取り消す場合があります。

【注意事項】

- ※1 上段には、介護主任など現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載して下さい。これから管理者に就任する方は、下段に予定年月及び管理者と兼務する職がある場合は職名を記載して下さい。
- ※2 医療・福祉に係る資格をご記入下さい。(介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員など)
- ※3 所属事業所欄のうち「予定」の欄は、今後開設を予定している施設・事業所に勤務する方や、他の施設・事業所に異動する方のみご記入下さい。なお、開設準備中の場合は、設立予定地及び事業所名の仮称をご記入下さい。
- ※4 修了証書交付年月日及び証書番号を記入の上、**修了証書の写しを必ず添付して下さい。**
修了予定の方は、実践研修の修了予定日(研修最終日)及び実践研修実施機関(指定法人)名を記入して下さい。(研修初日受付時点で修了証書写しの提出がない場合は、管理者研修を受講できません)