

別

令和6(2024)年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

記入例

令和 6 年 ** 月 ** 日

栃木県保健福祉部高齢対策課長 様

(申込者)

法人名 社会福祉法人〇〇会

事業所等の名称 特別養護老人ホーム△△

代表者等名 施設 長美

所在地 〒320-8501

宇都宮市埴田1-1-20

電話番号 028-626-3048

※ 上記が受講決定通知の送付先となります。

令和5(2023)年度認知症対応型サービス事業開設者研修について、次のとおり申し込みます。

受講希望者	(フリガナ)	シセツ ナガミ		
	氏名	施設 長美		
	生年月日	昭和 平成 35年6月15日		
	勤務先 (新設事業所 の場合は 予定を記入)	法人名	社会福祉法人〇〇会	
		名称	小規模多機能型居宅介護事業所〇〇	
		所在地	〒 320-8501 宇都宮市埴田1-1-20	
		電話番号	028 - 623 - 3048	
	FAX番号	028 - 623 - 3058		
	職務の内容	施設長		
	サービスの種類 (該当するものに○)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3		看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> 4	介護予防小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 5		介護予防認知症対応型共同生活介護		
認知症関係の 研修受講履歴	研修の名称		受講修了年月日	
	キャラバン・メイト養成研修		平成23年11月13日	
			年 月 日	
受講希望理由 (該当するものに○及び記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 1	新たに開設する事業所の代表者である(予定も含む。)ため 《 開設予定年月 令和 ** 年 ** 月 》		
	<input type="checkbox"/> 2	代表者が変更となるため 《 変更予定年月 令和 年 月 》		
	<input type="checkbox"/> 3	その他 ()		
受講希望者が法人の代表者以外である場合、その理由				
【必須】メールアドレス及び本人直通電話番号	Mail: chiikishien@pref.tochigi.lg.jp Tel: 090-0000-####			
上記のとおり相違ありません。申し込みを希望します。 受講者氏名 施設 長美				

※網掛け部分は○をつけてください。

※受講者氏名については、必ず本人が自署してください。