

年 月 日

栃木県保健福祉部高齢対策課長 様

(申込者)
法人名
事業所等の名称
代表者等名
所在地 〒

電話番号

※ 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)					
	氏名					
	生年月日		昭和 平成 年 月 日			
	勤務先 (新設事業所 の場合は 予定を記入)	法人名				
		名称				
		所在地	〒			
		電話番号	—		—	
		FAX番号	—		—	
	職務の内容					
	サービスの種類 (該当するものに○)	1	小規模多機能型居宅介護	2	認知症対応型共同生活介護	
		3	看護小規模多機能型居宅介護	4	介護予防小規模多機能型居宅介護	
		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	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
受講希望理由 (該当するものに○及び記入)	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 年 月 》				
	2	代表者の変更となるため 《 変更予定年月 年 月 》				
	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:		Tel:		
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 _____						

※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。