## 別紙 令和7(2025)年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

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下

電話番号

※ 上記が受講決定通知の送付先となります。

令和7(2025)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。

氏名     生年月日     昭和 平成 年 月 日       受講     施設事業所 の場合は 子産を記入 下AX番号     一 電話番号 下AX番号     一 電話番号 下AX番号     一 地域の内容       1 小規模多機能型居宅介護 (該当するものに〇)     1 小規模多機能型居宅介護 (該当するものに〇)     2 認知症対応型共同生活介護 (該当するものに〇)     イ 大護子防認知症対応型共同生活介護 (方護子防認知症対応型共同生活介護)       3 おりませんの保養者である(予定も含む。)ため (本者が変更となるため (変更予定年月年月)     年月)       (表者が法人の代表者以 公である場合、その理由     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 (不要予定年月年月)       (表者が法人の代表者以 公である場合、その理由     1 本の他(       「と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		(フリガナ)									
法人名 名称   所在地   〒	講希望	氏名									
数務先 (新設事業所の場合は   下		生年月日		昭和	平成	年	月	日			
所在地   〒   京都   京都   京都   京都   京都   京都   京都			法人名								
所在地   京		<u>(新設事業所</u> の場合は	名称								
受講     電話番号     -     -       受講     ・ 下となるとのとののでは入り     ・ 「大きを記入」     ・ 「大きを記入」     ・ 「大規模多機能型居宅介護     ・ 「大きを記入」     ・「大きを記入」     ・「大きを記入」     ・「大きを記入」     ・「大きを記入」」     ・「大きを記入」」<			所在地	₹							
受講者     取務の内容       事業所の内容     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 4 介護予防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 5 介護予防認知症対応型共同生活介護 6 分譲予防認知症対応型共同生活介護 7 が 1 を 月 日 1 を 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 別 7 である場合、その理由											
FAX番号			電話番号			_		_			
望者			FAX番号			_		_			
### ### ### ### #####################		職務の内容									
Tel:   Tel:				1	小規模多機能型周	居宅介護	2	認知症対応	芯型共同	目生活介記	隻
研修の名称 受講修了年月日				3	看護小規模多機能	<b></b>	4	介護予防力	小規模多	機能型周	吕宅介護
認知症関係の 研修受講履歴				5	介護予防認知症対	芯型共同生活介護					
認知症関係の 研修受講履歴											
研修受講履歴 年月日 年月日 年月日 (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) (該当するものに○及び記入) 2 代表者が変更となるため 《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				研修の名称				受講修了年月日			
日本   日本   日本   日本   日本   日本   日本   日									年	月	目
日本人直通電話番号 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 》 代表者が変更となるため 《 変更予定年月 年 月 》 3 その他(  「おりまするものに○及び記入) である場合、その理由 Tel:									年	月	目
受講希望理由     1 《 開設予定年月 年 月》       (該当するものに○及び記入)     2 代表者が変更となるため 《 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:					T				-		
受講希望理田 <td cm="" cm<="" color="1" rowspan="2" td=""><td colspan="3" rowspan="5"></td><td colspan="7"></td></td>	<td colspan="3" rowspan="5"></td> <td colspan="7"></td>										
(該当するものに○及び記入)     2     《 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     Mail:     Tel:					《 開設予定年月 年 月 》						
( 変更予定年月 年 月 ) 3 その他( 受講希望者が <u>法人の代表者以</u> 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:	$\frac{1}{2}$										
受講希望者が <u>法人の代表者以</u> <u>外</u> 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:											
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:	3				ての他(						)
本人直通電話番号											
本人直通電話番号											
上記のとおり相違ありません。由し込みを希望します 受講者氏名				Mail:	Mail: Tel:						
ユ pu v こ q v ノ p p た v / c o T しん v / c n 土 し か フ o <u> </u>		二記のとおり	相違ありませ	たん。耳	■し込みを希望	!します。 5	を講者」	<b></b>			

- ※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**。