

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 〒

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。

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:			
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。