

別

令和6(2024)年度 第*回 認知症対応型サービス事業管理者研修 受講申込書

記入例

令和 ** 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 小規模多機能型居宅介護事業所〇〇

事業所長名 事業所 長三

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 第*回 認知症対応型サービス事業管理者研修について、次のとおり申し込みます。

受講希望者	(フリガナ)	ケンシュウ ウケコ			
	氏名	研修 受子			
	生年月日	昭和 平成 40 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	介護職			
	サービスの種類 (該当するものに○)	<input checked="" type="radio"/> 1	単独型・併設型認知症対応型通所介護	2	共用型認知症対応型通所介護
3		小規模多機能型居宅介護	4	認知症対応型共同生活介護	
5		看護小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="radio"/> 6	単独型・併設型介護予防認知症対応型通所介護	
7		共用型介護予防認知症対応型通所介護	8	介護予防小規模多機能型居宅介護	
9		介護予防認知症対応型共同生活介護	10		
認知症関係の 研修受講履歴	研修の名称		受講修了年月日		
	実践者研修又は実務者研修(旧基礎課程)《必須》		平成23年10月22日		
			年 月 日		
受講希望理由 (該当するものに○及び記入)	1	新規に開設する事業所の管理者に就任するため 《 開設予定年月 年 月 》			
	<input checked="" type="radio"/> 2	事業所の管理者が変更となるため 《 変更予定年月 令和 ** 年 ** 月 》			
	3	その他 (
【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 研修 受子			

※網掛け部分に○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。