

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

事業所長名

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 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)					
	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	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	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》			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 》				
	2	事業所の管理者が変更となるため 《 変更予定年月 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:		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。