

別紙

令和8(2026)年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

記入例

令和 8 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 特別養護老人ホーム△△

代表者等名 施設 長美

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8(2026)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)		シセツ ナガミ		
	氏名		施設 長美		
	生年月日		昭和 平成 35 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□□		
		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		施設長		
	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		
	キャラバン・メイト養成研修		平成23年11月13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 令和 ** 年 ** 月 》			
	2	代表者が変更となるため 《 変更予定年月 令和 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: chiikishien@pref.tochigi.lg.jp Tel: 090-〇〇〇〇-△△△△			
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 施設 長美					

※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。