

(様式1)

令和5年度 広島県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

申込者 法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

申込日 令和 年 月 日

フリガナ					
受講希望者氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日生	
役職名					
開設 予定 事業 所	種 別 (該当する番 号に○をして ください)	1 指定小規模多機能型居宅介護事業所 2 指定認知症対応型共同生活介護事業所 3 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 4 その他 ()			
	名 称				
所 属 先 事 業 所 等	種 別 (該当する番 号に○をして ください)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他 ()			
	名 称				
	住 所	〒			
	連絡先	電話番号		F A X	
	施設設置者 (法人の名称)				担当者

- ※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。
2) 役職名は施設（法人）における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士等

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

事業所が所在する市町の介護保険担当課

記入時参照

(様式1)

令和5年度 広島県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

記入もれがある場合、お電話で確認または再提出をしていただく場合があります。記入もれのないようをお願い致します。

申込者 法人の主たる事務所の所在地
〒
法人の名称及び代表者の職氏名

申込日 令和 年 月 日

フリガナ				昭和 年 月 日生	
受講希望者氏名		生年月日		平成 年 月 日生	
役職名					
開設 予定 事業所	種別 (該当する番号に○をしてください)	1 指定小規模多機能型居宅介護事業所 2 指定認知症対応型共同生活介護事業所 3 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 4 その他 ()			
	名称	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。			
所属 先 事業 所等	種別 (該当する番号に○をしてください)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他 ()			
	名称	その他に該当される場合、具体的に記入を			
	住所	〒			
	連絡先	電話番号			FAX
施設設置者 (法人の名称)	担当者の方と連絡が取れる番号をご記入ください。			担当者	

- ※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。 受付窓口または受講者本人をご記入ください。
2) 役職名は施設（法人）における役職名を記入してください。

役職名の記入例：施設長・事務長・介護主任・チームリーダー・サービス提供責任者・計画作成担当者・ケアマネジャー・介護職員・相談員・指導員・栄養士等

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込書の提出先】

事業所が所在する市町の介護保険担当課