（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 |  | 生年月日 | 昭和年　　月　　日生平成 |
| 受講希望者氏名 |  |
| 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 |  | ＦＡＸ |  |
| 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】

1　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。

2　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**