

## 令和 6 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 |  |
| 受講希望者氏名                         |                          |                                                                                                                                                                                                     |  |      | 平成 年 月 日生 |  |
| 役職名                             |                          |                                                                                                                                                                                                     |  |      |           |  |
| 開設<br>予定<br>事業所                 | 種 別<br>(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<br>2 指定認知症対応型共同生活介護事業所<br>3 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所<br>4 その他 ( )                                                                                                                      |  |      |           |  |
|                                 | 名 称                      |                                                                                                                                                                                                     |  |      |           |  |
| 所<br>属<br>先<br>事<br>業<br>所<br>等 | 種 別<br>(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<br>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<br>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<br>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<br>(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

# 記入時参照

(様式 1)

## 令和 6 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にお願い致します。

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 |                          |                                                                                                                                                                                                     |     | 平成 年 月 日生 |     |
| 役職名     |                          |                                                                                                                                                                                                     |     |           |     |
| 開設予定事業所 | 種 別<br>(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<br>2 指定認知症対応型共同生活介護事業所<br>3 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所<br>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<br>(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<br>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<br>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<br>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、具体的に記入をし                                                                                                                                                                                |     |           |     |
|         | 住 所                      | 〒                                                                                                                                                                                                   |     |           |     |
|         | 連絡先                      | 電話番号                                                                                                                                                                                                | FAX |           |     |
|         | 施設設置者<br>(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