

令和 8 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 法人の所在地

〒

法人の名称

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 平成	年	月	日生
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 介護医療院 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 : — —							
研修申し込みの担当者	【担当者名】							
	【連絡先】電話番号 :	— —						

※ 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