

(様式 1)

令和 8 年度 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

申込者 法人の所在地

〒

法人の名称

代表者の職・氏名

受講希望する回	第 回	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			
職種（資格） （該当する番号に すべて○をしてく ださい）	1 医師 2 保健師 3 助産師 4 看護師 5 准看護師 6 理学療法士 7 作業療法士 8 社会福祉士 9 介護福祉士 10 言語聴覚士 11 精神保健福祉士 12 介護支援専門員（ケアマネジャー） 13 訪問介護員（ホームヘルパー） 14 その他（ ）		
実践者研修 修了日 （予定日）	平成・令和 年 月 日 （修了証書の写しを添付）		
役職名			
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（ ）	
	事業所名	※必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。	
	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・栄養士など

【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介護保険担当課