

社会福祉法人
島根県社会福祉協議会会長 様

所属（施設、事業所）名

所属長（施設長、管理者）名 ⑩

認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

このことについて、下記の職員を研修生として、開催要項の注意事項について了承、同意のうえ、受講を申込みます。

受講回・会場	第（ ）回（ ）会場	
ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
勤務先事業所等	法人名	
	事業所名	
	事業所種別 (該当する番号に○をしてください)	1 認知症対応型共同生活介護 2 (認知症対応型) 通所介護 3 訪問介護・看護 4 (看護) 小規模多機能型居宅介護 5 介護老人福祉施設 6 介護老人保健施設 7 その他 ()
	住所	〒 -
	事業所 TEL	
研修受講理由 (いずれかにチェックをしてください)	<input type="checkbox"/> ①新たに事業者指定を受ける際の代表者要件を満たすため	
	<input type="checkbox"/> ②既設事業者で代表者の変更届のため	
	<input type="checkbox"/> ③その他 ()	
事業所開設予定等 (新規事業所の予定がある場合のみご記入ください)	事業所種別	<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 指定看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護
	事業所名	
	開設年月日	年 月 日
申込内容の問合先	担当者氏名：	
	TEL：	FAX