様式第５号（事業所⇒保険者⇒福祉人材センター）

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人
島根県社会福祉協議会会長　　様

施設（事業所）名

施設（事業所）長（職・名）

令和５年度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。

<table>
<tr><td colspan="2">ふりがな</td><td></td><td>（職名）例：理事長</td><td>性　別</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td></td><td></td><td>男・女</td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="3">昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="5">勤務先事業所等</td><td>法 人 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事業所種別
（該当する番号に○）</td><td colspan="3">1.　小規模多機能型居宅介護　　2.　認知症対応型共同生活介護
3.（看護）小規模多機能型居宅介護　　4.（介護予防）小規模多機能型居宅介護
5.（介護予防）認知症対応型共同生活介護　　6. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒　　－</td></tr>
<tr><td>事業所 TEL/FAX</td><td colspan="3">※FAX でご案内を通知する場合があります。（要記入）
TEL：　　FAX：</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">研修受講理由
（いずれかにチェック）</td><td colspan="3">□　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</td></tr>
<tr><td colspan="3">□　②既設事業者で代表者の変更届のため　（交代時期：令和　　年　　月）</td></tr>
<tr><td colspan="3">□　③その他　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">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）</td><td>事業所種別</td><td colspan="2">□　指定小規模多機能型居宅介護
□　指定認知症対応型共同生活介護
□　指定(看護)小規模多機能型居宅介護
□　指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護
□　指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>開設年月日</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">申込内容の問合先</td><td colspan="3">担当者氏名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">TEL：</td><td>FAX：</td></tr>
</table>