

(様式 1)

## 令和元年度 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 法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

受講希望する回	第 回	申込日 令和 年 月 日			
フリガナ		男	生年月日	昭和	年 月 日生
受講希望者氏名		女		平成	
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				
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 介護療養型医療施設 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		F A X	
	施設設置者 (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