

(様式1)

# 令和2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 法人の主たる事務所の所在地

〒

法人の名称及び代表者の職氏名

申込日 令和 年 月 日

フリガナ				昭和 年 月 日生	
受講希望者氏名		生年月日		平成	
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		FAX	
	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・栄養士等

### 【個人情報の保護について】

- 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。
- 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

# 記入時参照

(様式1)

## 令和2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

記入もれがある場合、お電話で確認または再提出をしていただく場合があります。記入もれのないようをお願い致します。

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

申込日 令和 年 月 日

フリガナ			
受講希望者氏名		生年月日	昭和 年 月 日生 平成
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	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。	
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	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。	
	住所	〒	
	連絡先	電話番号	FAX
施設設置者 (法人の名称)	担当者の方と連絡が取れる番号をご記入ください。		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。

受付窓口または受講者本人をご記入ください。

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】

- 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。
- 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