

## 令和3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】

- 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介護保険担当課

令和3年度 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

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

受講希望する回	第 回	申込日 令和 年 月 日		
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
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)	その他に該当される場合、具体的に記入をしてください。			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	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	F A X	
	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。

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】

- 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介護保険担当課

受付窓口または受講者本人をご記入ください。