

(様式1)

令和4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 | | | | | |
| 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 | | | | |
| 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4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