（様式第６号）

令和６年度 認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

申込日　令和 　　年　　月　　日

市町村長　様

（広域連合長）

法人名

令和６年度認知症対応型サービス事業開設者研修について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申込する期** | 第　　　　　期 |  |
| **受講申込者** | **氏　名** | （フリガナ） | **生年月日** | 昭和平成 　 　  | 　　 年 　 月 　　日 |
|  |
| 　　　**※修了証書に記載される内容ですので正確にご記入ください。** |
| **介護の実務経験****通算期間** | 　　　　　 年　　　　か月　　　 | **現在職名** |  |
| **所****属****先****事****業****所** | 種　別(該当の項目に☑) | □ 介護老人福祉施設　 □ 介護老人保健施設　 □ 介護療養型医療施設□ 訪問介護事業所　　 □ 通所介護事業所 　　 □ 居宅介護支援事業所□ 認知症グループホーム　 □ 小規模多機能型居宅介護　 □ 複合型サービス□ 認知症対応型通所介護　 □ 地域密着型通所介護　□ その他（　　　　　　　　　 　　） |
| 名　称 |  |
| 所 在 地 | 〒 |
| 通知送付先(該当の項目に☑) | □ 所在地と同じ　□ 所在地と異なる送付先住所： 〒　　　　　□送付先が個人宅等である（☑の場合、あて名に所属先事業所名を記載しません。） |
| 連 絡 先 | TEL | FAX |
| 研修担当者 | 氏名 | TEL |
| 電子メールアドレス | ※直前の研修予定変更などの緊急連絡がある場合に使用できるアドレスをご記入ください。 |
| ZOOMを用いた同時双方向オンライン型研修　受講環境の有無　　　□　有　　　□　無※会場集合型の研修を予定しておりますが、感染症拡大等によりオンライン研修へ変更する場合の参考にお聞きしています。 |
| 介護保険者の推薦を必要とする理由（該当の項目に☑） | 地域密着型サービス事業所の種類 | 受講の理由 | 就任等の年月日 |
| □ 認知症対応型共同生活介護□ 認知症対応型通所介護□ 小規模多機能型居宅介護□ 複合型サービス | □ 新規開設のため□ 異動で就任するため□ 未修了で就任したため | 　　　年 　　月　 　日（ 予定 ・ 就任済） |

※**楷書で正確に記入してください。**