

## 令5年度 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

申込日 令和 年 月 日

市町村（広域連合）長 様

法人名 \_\_\_\_\_

令和5年度認知症対応型サービス事業管理者研修について、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 月 日	現在職名		
実践者研修 修了日 (注1)	年 月 日	修了・修了見込	※修了証の写しを添付のこと (注2)	
所属 先 事業 所	種別 (該当の項目に☑)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	名称			
	所在地	〒		
	通知送付先	<input type="checkbox"/> 所在地と同じ <input type="checkbox"/> 所在地と異なる 送付先住所： 〒		
	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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
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  <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス	受講の理由  <input type="checkbox"/> 新規開設のため <input type="checkbox"/> 異動で就任するため <input type="checkbox"/> 未修了で就任したため	就任等の年月日  年 月 日 ( 予定 ・ 就任済)	

※楷書で正確に記入してください。

(注1) 「旧・痴呆介護実務者研修基礎課程」を含む

(注2) 実践者研修修了見込の場合は、実践者研修の受講決定通知1枚目(受講番号と受講期間が分かるもの)を添付