

※市町村介護保険担当課に提出してください。

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

- 開催要綱「受講対象者」に記載の内容を十分に確認のうえ、記入してください。
 ○研修修了者には修了証書を交付しますので、氏名及び生年月日は正確に記入ください。
 ○令和6年12月1日現在で御記入ください。

希望日程	いずれかを ○印	第1回 ・ 第2回			
受講希望者	ふりがな			性別	
	氏名				男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (歳)
	住所	(〒 —)			
所属等	法人名				
	事業所名				
	所在地	(〒 —)			
	所在地	TEL () — FAX () — ※決定通知等の文書を送付します。 <u>上記と異なる場合のみ</u> 下記に御記入ください。 宛名： 住所：(〒 —)			
	現在の役職		現在の役職の 経験年数	年 月	
認知症対応型サービス事業について	事業の種別 (いずれかを○で囲んでください)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所 ・ 指定 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業所 ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所 			
	開設時期等 (いずれか御記入ください)	【開設済み】 開設 (指定) 日 平成・令和 年 月 日 就任 (予定) 日 平成・令和 年 月 日 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> 【開設予定】 開設予定日 令和 年 月 日 就任予定日 令和 年 月 日			
福岡県社協のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先 ※ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。					
緊急連絡先 電話番号 (— —)					