

## 令和6年度認知症対応型サービス事業管理者研修 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、お申込みください。  
 ○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。

受 講 希 望 者	ふりがな				
	氏 名			性 別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生 ( 歳)
所 属 等	法 人 名				
	事 業 所 名				
	所 在 地	(〒 — )			
		TEL ( ) —			
		FAX ( ) —			
※決定通知等の文書を送付します。 <b>上記と異なる場合のみ</b> 下記に御記入ください。 宛名： 住所：(〒 — )					
現在の役職					
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)	・ 単独型・併設型指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所 ・ 共用型指定(介護予防)認知症対応型通所介護事業所 ・ 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
		【開設予定】			
		開設指定日	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 ( — — )					