

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

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団
 研修指導センター 所長 様

法人名 _____

代表者名 _____

認知症対応型サービス事業開設者研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容					
受講者	(ふりがな)		性別(任意)	生年	昭和・平成	
	氏 名			月日	年 月 日	
	認知症介護の経歴	期 間	所 属 名		職 種	
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
	主な職歴 (新しい順)	期 間	会社名・事業内容等			
		年 月～ 現在				
		年 月～ 年 月				
		年 月～ 年 月				
↑ 保健医療福祉サービスの経営に携わった経験を記入してください。						
現在の職種		保有資格				
勤務先以外の緊急時連絡先	携帯 ・ 自宅 電話：					

※申込書が2枚になっています。1枚目と2枚目を両面印刷し提出してください。

※申込期間以外の申込や必要事項に不備がある場合には受理できません。

(表面)

事業所 ※1	事業所名 (サービス種類 1つに○を)	(小規模多機能居宅介護 ・ GH ・ 看護小規模多機能型居宅介護)		
	所在地	〒		
	連絡先	電話： FAX：	申込み 担当者	
受講 希望理由	<input type="checkbox"/> 新規に開設する事業所の開設者に就任するため。 (開設予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> 事業所の開設者が変更となるため。 (変更予定：令和 年 月) <input type="checkbox"/> すでに事業所の代表者として従事しているが、本研修未受講のため。 <input type="checkbox"/> その他 ()			
書類等 送付先 ※2	〒			
備考				

※1 新規事業所の場合は予定を記入。

※2 建設中等で上記の事業所に関係書類の送付が困難な場合には、決定通知、修了証書等の送付先を記入してください。

(裏面)