

令和3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枚になっております。1枚目と2枚目を両面にして印刷し提出してください。

※申込期間以外の申し込み、必要事項に記載がない等の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)