

認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

保険者（各市町介護保険担当課または介護保険広域連合事務局）へ提出ください。

下記のとおり平成30年度三重県認知症対応型サービス事業開設者研修受講を申し込みます。

平成 年 月 日

申込者（法人）

所在地 〒

名称

代表者

印

記

1 受講対象者

(1) 氏名（フリガナ）

(2) 生年月日

昭和・平成 年 月 日

（氏名・生年月日は修了証書に記載しますので正確に記載ください。）

(3) 現在の職名

(4) 開設者への就任予定日 年 月 日

2 事業所種別（該当に○印）

- ・指定認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）
- ・指定小規模多機能型居宅介護事業所
- ・指定看護小規模多機能型居宅介護事業所
- ・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

3 事業所

(1) 名称

(2) 所在地 〒

(3) 電話番号・FAX番号

(4) 申込担当者 職 氏名

(5) 開設準備中の場合の連絡先

・所在地 〒

・電話番号

4 現場体験（下記のいずれか1日に参加していただきます）

（参加可能な日全てに○印）

・3月4日（月）・3月5日（火）・3月6日（水）・3月7日（木）・3月8日（金）

（現場体験の希望先についてどちらかに○印）

・自社の事業所で受講を希望

・他社の事業所で受講を希望

※本申込書等に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規程により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には使用しません。