

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27年度認知症対応型サービス事業開設者研修の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 平成 年 月 日

2 施設種別（該当に○印）

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

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2日（水） ・3月3日（木） ・3月4日（金） ・3月7日（月） ・3月8日（火）

（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。