

2021年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター  
福祉のまちづくり研究所長 様

申込日	年 月 日
-----	-------

**受講方法(オンライン・集合)を選択できる研修回のみ記入**  
※選択できない研修回の記入は無効

受講希望	オンライン・集合 <b>どちらでも可</b>
------	------------------------

代表者・申込事務担当者

会社・病院等 法人名					代表者印
代表者	役職		氏名		印
事務担当※	所属 役職等		氏名		
連絡先	TEL (日中)	— —	FAX	— —	

※申込内容の確認等事務連絡がある時、代表者が直接ご対応頂く場合に限り事務担当欄は省略可

下記職員について、本研修の受講を申込みます。

※記入漏れ等の不備がある場合、選考の優先順位が  
下がる又は受講不可となる等の不利益が生じる場合があります。  
>『認知症介護研修の留意事項』2項 参照

申込者（受講希望者）

ふりがな			性別	生年月日		年齢	申込者本人印
氏 名	(姓)	(名)	男 女	昭和 平成	年 月 日生	歳	印
現 勤務先	施設・事業所名		職 名 ※必ず記入				
※申込時点で の所属先情報 を記入 受講時と変わる 場合は要連絡  ※ご自宅の住所 及び連絡先の 記載は不要  ※メールアドレス 研修IDや資料等の 送付に使用します (後日変更不可)  【職名記入例】 管理者・計画 作成担当者・ コーディネーター・ 介護職員等	所在地		〒		都 道 市 府 県 町		
	連絡先		TEL	— —	FAX	— —	
	メールアドレス ※必ず記入		@ ※研修中、このメールを使用することがあります。 間違いの無いよう正確に記入してください。				
	サービス種別		該当する主なものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい（その他の場合はサービス種別名を記載） ① 特別養護老人ホーム ⑥ 通所介護事業所 ② 介護老人保健施設 ⑦ 居宅介護支援事業所 ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ④ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑨ 特定施設入居者生活介護事業所(介護付有料老人ホーム等) ⑤ 認知症対応型通所介護事業所 ⑩ その他 サービス種別名（⑩その他の場合のみ）				
取得資格	該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい ※複数回答可（その他の場合は資格名を記載） ① 医師 ② 看護師・准看護師 ③ 社会福祉士 ④ 介護福祉士 ⑤ 介護員養成研修修了※ ⑥ 介護支援専門員 ⑦ その他 ※ 介護員養成研修は訪問介護員養成研修1級及び2級課程・介護職員基礎研修・介護職員初任者研修・実務者研修の総称 資格名（⑦その他の場合のみ）						取得資格番号

受講希望 の理由	該当するものを下から選び番号を右に記入して下さい ※複数回答可（その他の場合は受講理由を記載） ① 現在代表者であるが本研修を未受講 ② 新規開設予定の事業所の代表者に就任 ③ 既存の事業所の代表者変更 ④ その他		受講希望番号
	受講希望理由（④その他の場合のみ）		

代表者となる 事業所	名 称				サービス種別番号
	事業所 サービス種別	該当するものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい A 認知症対応型共同生活介護 B 小規模多機能型居宅介護 C 看護小規模多機能型居宅介護			
	開設地域				
	該当するものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい ① 新設 ② 既設 ③ その他		新設・既設他	開設年月日	年 月 日
その他の理由（③その他の場合のみ）					

※代表者印欄・申込者本人印欄 共に要押印