

2022年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

記入例

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	2022 年 10 月 16 日
受講希望	オンライン・集合・ <u>どちらでも可</u>

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

代表者・申込事務担当者

会社・病院等 法人名	社会福祉法人〇〇〇福祉会				代表者印
代表者	役職	理事長	氏名	日本 一郎	理事長 印等
事務担当※	所属 役職等	総務課 課長	氏名	福祉 はじめ	
連絡先	TEL (日中)	078 - 0123 - 4567	FAX	078 - 0123 - 5678	

※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	にほん	さぶろう	性別	生年月日	年齢	申込者本人印		
氏 名	(姓) 日本	(名) 三郎	男 昭和 女 平成	40 年 12 月 31 日生	56 歳	申込者 本人印		
現 勤務先	施設・事業所名	介護サービス事業本部		職 名 ※必ず記入	本部長	サービス種別番号		
※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・ エトリガー・ 介護職員等	所在地	〒 6 7 3 - 9 9 9 9 兵庫	都 道 市 府 県 〇〇〇	〇〇〇	④			
	連絡先	TEL	078 - 0123 - 8888	FAX			078 - 0123 - 9999	
	メールアドレス ※必ず記入	△△△△△@〇〇〇.jp					※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） ※④なので無記入で可（⑩の場合のみ記入）						
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） 理学療法士					取得資格番号 ③ ⑦		

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 受講希望理由（④その他の場合のみ） ※②なので無記入で可（④の場合のみ記入）	受講希望番号 ②
-------------	---	-------------

代表者となる 事業所	名 称	小規模多機能型居宅介護事業所 〇〇〇〇			
	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			サービス種別番号 B
	開設地域	△△△市×××町			
	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	新設・既設他	開設年月日	2023 年 4 月 1 日	
	① 新設 ② 既設 ③ その他	①	※①なので無記入で可（③の場合のみ記入）		

研修センター 記入欄 ※記入しない ください	
---------------------------------	--

※代表者印欄・申込者本人印欄 共に要押印