

2024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
-----	---	---	---

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)	男 女	昭和 平成	年 月 日生	歳
現勤務先 ※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	施設・事業所名		職名 ※必ず記入		印
	所在地	〒		都 道 府 県	
	連絡先	TEL		FAX	
	メールアドレス ※必ず記入	@			
【職名記入例】 管理者・計画 作成担当者・ ユニットリーダー・ 介護職員等	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			サービス種別番号
	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				取得資格番号
	資格名（⑦その他の場合のみ）				

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			
	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
その他の理由（③その他の場合のみ）				

現場体験 実習予定先	実習予定先の有無	有 ・ 無	有の場合：以下の項目に記入ください。 無の場合：受講可となりましたら、ご自身が開設者として就任する市町に相談し実習先を決定してください。	
	実習予定の事業所名			
	事業所のサービス種別	該当するものを下から1つ選び番号を右に記入してください。 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				

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

※代表者印欄・申込者本人印欄 共に要押印