別紙様式

令和６年度香川県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

令和　　年　　月　　日

香川県知事　殿

施設・事業者名

代表者職・氏名

郵便番号

施設・事業者住所

事務担当者名

電話番号

FAX番号

下記のとおり令和６年度香川県認知症対応型サービス事業開設者研修の受講を申込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| ふりがな  受 講 者  氏　名 |  | | 性　別 | | 生 年 月 日 | | |
|  | | 男・女 | | 昭和  平成 | 年　　 月　　 日 | |
| 勤 務 先  名　　称 |  | | 役職名 | |  | | |
| 勤 務 先  所 在 地 | （〒　　　　－　　　　　）　　（℡　　　　　－　　　　－　　　　　） | | | | | | |
| 開設、就任（予定）の施設名 |  | | 開設、就任  （予定）時期 | | 令和　　　年　　 月　　 日 | | |
| サービス  種　　別 | １　認知症対応型共同生活介護　　　２　小規模多機能型居宅介護  ３　看護小規模多機能型居宅介護 | | | | | | |
| 認知症介護に従事した経験又は保健医療、福祉サービスの経営に携わった経験 | 年　月～　年　月 | 勤務先等 | | | 職務内容 | | |
|  |  | | |  | | |
| 認知症介護実践者等養成研修修了状況 | 研修名称 | | | 修了証書番号 | | | 修了年月日 |
|  | | |  | | |  |
| 受講者が理事長・代表取締役以外の場合その理由 |  | | | | | | |
| 現場体験実習  受入可能施設名 |  | | | | | | |

※１　認知症介護実践者等養成研修等修了証書のコピーを添付してください。

※２　受講申込書に記載された事項につきましては、本研修実施に関する業務以外に使用することはありません。