

令和 年 月 日

北九州市長 様

申込者 氏
住所：
法人名：
事業所名：
代表者名：
電話番号：
担当者名：

令和5年度 第2期 認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載してください。（「高」を「高」など略さないでください。）

| | | | | | | |
|--|---|----|-----------------------------|---|---|---|
| フリガナ | | 生年 | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 | 月 | 日 |
| 受講希望者氏名 | | 月日 | <input type="checkbox"/> 平成 | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 西暦 | | | |
| 資格 ※該当するもの全てにチェックしてください | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員（ヘルパー 級） <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | |
| サービス種別 | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | | |
| < 該当する項目の“□”に“レ”でチェックし、内容を記載してください。 > | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> すでに開設者に就任している 【事業所名及び所在区】 _____（ _____ 区） 【事業所の種別】 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 今後開設者に就任する予定である 【就任予定年月日】 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ <input type="checkbox"/> 新規開設事業所） 【就任予定事業所名及び所在区】 _____（ _____ 区） 【事業所の種別】 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護事業所 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 「認知症対応型サービス事業開設者研修に係る特別推薦」及び「変更届」を提出している | | | | | | |
| < 特記事項 > | | | | | | |