

<記入例>

令和〇〇年△△月〇日

北九州市長 様

申込者 〒800-0000
住所：北九州市門司区〇〇二丁目△□-□
法人名：医療法人 〇〇会
事業所名：グループホーム□□
代表者名：理事長 □□ △△
電話番号：093-000-0000
担当者名：門司 次郎

忘れずに担当者も記入してください。

令和5年度 第 期 認知症対応型サービス事業管理者研修受講申込書

※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。）

Application form with fields for name (フリガナ, 受講希望者氏名), birth date, service type, job title, and qualifications. Includes checkboxes for various roles and service types.

実践者研修の修了証書年月日記入してください。受講予定の方は、修了予定年月日を記入してください。

現在勤務しているサービス種別にチェックしてください。

現在の職種にチェックしてください。

<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。>

- すでに管理者に就任している
【事業所名及び所在区】
【事業所の種別】
□認知症対応型共同生活介護事業所 □認知症対応型通所介護事業所
□小規模多機能型居宅介護事業所 □看護小規模多機能型居宅介護事業所
☑ 今後、管理者に就任する予定である
【就任予定年月日】
【就任予定事業所名及び所在区】
【事業所の種別】
☑認知症対応型共同生活介護事業所 □認知症対応型通所介護事業所
□小規模多機能型居宅介護事業所 □看護小規模多機能型居宅介護事業所
□ 「認知症対応型サービス事業管理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>

※認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了証書の写しを必ず添付してください。

上記に掲載された個人情報、本研修実施に関する目的以外での利用は致しません