

令和 年 月 日

北九州市長 様

申込者 氏
書類送付先住所：
法人名：
事業所名：
代表者名：
電話番号：
担当者名：

令和6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() <input type="checkbox"/> 無し					
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()					
<p>< 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。 ></p> <p><input type="checkbox"/> <u>すでに開設者に就任している</u> 【事業所名及び所在区】 _____ (_____ 区) 【事業所の種別】 <input type="checkbox"/> <u>認知症対応型共同生活介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>認知症対応型通所介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>小規模多機能型居宅介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>看護小規模多機能型居宅介護事業所</u></p> <p><input type="checkbox"/> <u>今後開設者に就任する予定である</u> 【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"/> <u>認知症対応型共同生活介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>認知症対応型通所介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>小規模多機能型居宅介護事業所</u> <input type="checkbox"/> <u>看護小規模多機能型居宅介護事業所</u></p> <p><input type="checkbox"/> 「<u>認知症対応型サービス事業開設者研修に係る特別推薦</u>」及び「<u>変更届</u>」を提出している</p>						
<p>< 特記事項 ></p>						