

北九州市長 様

申 込 者 氏 名
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7年度 第1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「髙」など略さないでください。）

フリガナ		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 西暦
受講希望者 氏名			
実践者研修(旧基礎課程) 修了年月日		年 月 日	
サービス種別	☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ その他（ ）		
職 種 (※該当するもの全てにチェックしてください)	☐ 介護職員 ☐ 管理者 ☐ サービス提供責任者 ☐ 計画作成担当者 ☐ 介護支援専門員 ☐ 生活相談員・支援相談員 ☐ 代表者 ☐ その他（ ）		
資 格 (※該当するもの全てにチェックしてください)	☐ 医師 ☐ 看護師・准看護師 ☐ 社会福祉士 ☐ 介護福祉士 ☐ 訪問介護員（ヘルパー 級） ☐ 介護支援専門員 ☐ その他（ ） ☐ 無し		
< 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。 >			
☐ <u>すでに管理者に就任している</u> 【事業所名及び所在区】 (区) 【事業所の種別】 ☐ 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			
☐ <u>今後、管理者に就任する予定である</u> 【就任予定年月日】 令和 年 月 日 【就任予定事業所名及び所在区】 (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