

令和 年 月 日

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「髙」など略さないでください。）

フリガナ		生年	☐ 昭和	年	月	日
受講希望者氏名		月日	☐ 平成			
			☐ 西暦			
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					
サービス種別	☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 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。 > ☐ <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】 ☐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 (☐ 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】 ☐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 >						