

北九州市長 様

## 申込者 〒

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3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。）

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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	<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"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> その他（ ） )		
職種 (※該当するもの全てにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 生活相談員・支援相談員 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
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		
<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"/> すでに管理者に就任している 【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、管理者に就任する予定である 【就任予定期】 令和 年 月 日 【就任予定期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は、本研修実施に関する目的以外での利用は致しません