

北九州市長 様

申 込 者 様

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8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「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"/> <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】 <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"/> <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】 <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、本研修実施に関する目的以外での利用は致しません