様式第１号（第５条関係）

令和　８年　　月　　日

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８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。(「髙」を「高」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			
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。＞

□　すでに開設者に就任している
【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

□　今後開設者に就任する予定である
【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＞

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