様式第１号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

令和６年度認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

令和　　年　　月　　日

静岡県知事　　鈴　木　康　友　様

所在地

法 人 名

（サービス種別）

代表者職・氏名

所属のメールアドレス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 | 役職名 |  |
| 所属する事業所等 | 名　称：所在地：〒電　話：　　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| 経験年数 | (認知症介護の実務経験)　　　　年　　か月（申込日現在） |
| 職場体験について① | 予定事業所　名称（　　　　　　　　　　）サービス種別（　　　　　　　　　）予定職場体験日（令和　　年　　月　　日）※実施要領第５【職場体験】を参照 |
| 職場体験について② | 予定事業所　名称（　　　　　　　　　　）サービス種別（　　　　　　　　　）予定職場体験日（令和　　年　　月　　日）※実施要領第５【職場体験】を参照 |
| 研修受講履歴 | ※　修了した研修がある場合は、□欄にチェックを付し、修了年度を記載すること。なお、当該研修修了証書の添付は不要。[ ] 　認知症介護実践研修（実践者研修）　　　　 【　　　年度修了】[ ] 　認知症介護実践研修（実践リーダー研修）　 【　　　年度修了】[ ] 　認知症高齢者グループホーム管理者研修　　 【　　　年度修了】[ ] 　痴呆介護実務者研修（基礎課程・専門課程） 【　　　年度修了】[ ] 　認知症介護指導者養成研修 【　　　年度修了】[ ] 　認知症高齢者グループホーム開設予定者研修 【　　　年度修了】 |
| 受講希望理由 |  |

新たに開設予定の事業所が所在する市町名（　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象事業所① | 事業所名 |  | サービスの種類 | [ ] 指定小規模多機能型居宅介護[ ] 指定認知症対応型共同生活介護[ ] 指定看護小規模多機能型居宅介護[ ] 指定介護予防小規模多機能型居宅介護[ ] 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| 電　　 話 |  | FAX |  |
| 所在地 |  |
| 対象事業所② | 事業所名 |  | サービスの種類 | [ ] 指定小規模多機能型居宅介護[ ] 指定認知症対応型共同生活介護[ ] 指定看護小規模多機能型居宅介護[ ] 指定介護予防小規模多機能型居宅介護[ ] 指定介護予防認知症対応型共同生活介護 |
| 電　　話 |  | FAX |  |
| 所在地 |  |

※　記載欄が不足する場合には適宜欄を追加し、所在地等未定の場合はその旨記載すること。