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管理者研修受講申込書

　令和　　年　　月　　日

静岡県知事　　鈴　木　康　友　様

 所在地

 法 人 名

 代表者職・氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | (介護の実務経験)　　　　年　　か月（申込日現在） |
| 受講希望区分 | ※　①西部、②中部、③東部のいずれかを記入してください。 |
| 第１希望 |  | 第２希望 |  | 第３希望 |  |
| 研修受講履歴 | ※　該当する□にチェックを付し、研修修了証書の写しを添付すること。[ ] 認知症介護実践研修（実践者研修）　　　　 【　　　年度修了】[ ] 痴呆介護実務者研修（基礎課程）　　　　　 【　　　年度修了】[ ] その他の対象となる研修　※実施要領参照研修名：　 　　　　　 【　　　年度修了】 |
| 受講希望理由 | ※　該当する□にチェックを付すこと。[ ] 現在管理者であるが、研修未受講[ ] 新設事業所の管理者となることが予定されている[ ] 現在の管理者と交代を予定している（交代予定時期：　　年　　月）[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　所属のメールアドレス

管理者が就任を予定する事業所が所在する（予定を含む）市町名：（　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象事業所 | 事業所名 |  | 開設日（開設予定日） | 　　　年　　月　　日 |
| 電話番号 |  | サービス種類 | [ ] 認知症対応型通所介護[ ] 小規模多機能型居宅介護[ ] 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 |
| FAX番号 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 |
| 所在する市町との協議状況 | ※　**新規開設の場合のみ**、該当する□にチェックを付すこと。　[ ] 指定済み　　　[ ] 指定申請中　　　　[ ] 事前協議中　　　　[ ] 未協議 |

※新規開設事業所で、事業所名、所在地が決定していない場合は、（仮）として仮称を記入してください。

※記載欄が不足する場合には、適宜欄を追加してください。