

徳島県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

徳島県知事 殿
市町村長 殿

法人名
施設・事業所名 _____

施設・事業所
所在地 _____

電話番号
ファクシミリ _____

担当者名 _____

令和5年度徳島県認知症対応型サービス事業管理者研修の受講者として、次のとおり申し込みます。

受講希望回	
第1回 ・ 第2回 (いずれか一つに○印を記入)	
受講申込者氏名	生年月日
(ふりがな)	昭和 平成 年 月 日
認知症である者の介護に従事した経験(事業所名及び経験年数)	保健医療又は福祉サービスの経験
事業所名： 経験年数： 年 月	事業所名： 経験年数： 年 月
福祉関係資格及び既に受講した研修の状況(名称及び受講年次等) ※認知症介護実践研修の実践者研修(旧基礎課程を含む)は必ず記載。 (<u>実践者研修の修了証の写しを添付</u> してください。)	
指定小規模多機能型居宅介護事業所等の事業所(研修実施要領の「研修対象者」の(1))の管理者になった日又はなる予定日(必ず記載)	
年 月 日 (就任済・予定)	
受講希望の理由	
※市町村長の意見(申込者は記載しないでください)	
市・町・村 _____	

- 1 受講申込書は、事業所を管轄する市町村の介護保険担当課に提出してください。
- 2 受講者氏名は、楷書でお願いします。
- 3 受講者は、特養、老人デイ、老健、地域密着型サービス事業所等で介護職員等として3年以上認知症である者の介護に従事した経験が必要であり、かつ、認知症介護実践研修の実践者研修(旧基礎課程を含む)を修了している必要があります。