

受講申込書

令和 年 月 日

徳島県知事 殿
市町村長 殿

郵便番号 _____
住 所 _____
施 設 名 _____
開設者名 _____
電話番号 _____
ファミリ _____
担当者名 _____

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

徳島県認知症対応型サービス事業開設者研修

受講申込者氏名	生年月日	年齢
(ふりがな)	昭和 年 月 日 平成	歳
認知症高齢者の介護に従事した経験 (施設名及び経験年数)	保健医療サービス又は福祉サービスの経験年数 (事業所名及び経験年数)	
施設名： 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（名称及び受講年次等）の状況 ※ ある場合は必ず記載のこと	指定小規模多機能型居宅介護事業所，指定認知症対応型共同生活介護事業所の開設者になった日又は開設者になる予定日	
平成・令和 年 月 日 (就任済・予定) ○を入れること	平成・令和 年 月 日 (就任済・予定) ○を入れること	
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以上の市町村に複数の事業所を所有する法人の開設者については、法人本部の所在地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**で記入してください。