（別紙様式１）

令和４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

（あて先）静岡市長

　〒

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 | 事業所名：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） |
| 研修受講履歴 | * 修了した研修がある場合は、□にチェックし、修了年度を記載してください。なお、当該研修修了証書の添付は不要です。
* 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】
 |
| 施設見学予定（２か所）※実施要領第５【受講後の課題】参照 | ① | 予 定 事 業 所 ：サービス 種 別 ：施設見学予定日 ：令和　　年　　月　　日　　　　 |
| ② | 予 定 事 業 所 ：サービス 種 別 ：施設見学予定日 ：令和　　年　　月　　日 |
| **特記事項** |  |

**※　申込者多数のときの選考の参考とするので、特記事項がある場合は記入してください。**

【代表者となる事業所】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 電　　 話 |  | FAX |  |
| 所在地 |  | 開設（予定）年　月　日 |  |
| 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 |
| 電　　話 |  | FAX |  |
| 所在地 |  | 開設（予定）年　月　日 |  |

※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を記載すること。