別紙様式

令和５年度香川県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

香川県知事　殿

施設・事業者名

代表者職・氏名

郵便番号

施設・事業者住所

事務担当者名

電話番号

FAX番号

下記のとおり令和５年度香川県認知症対応型サービス事業開設者研修の受講を申込みます。

|  |
| --- |
|  |
| ふりがな受 講 者氏　名 |  | 性　別 | 生 年 月 日 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 男・女 | 昭和平成 | 年　　 月　　 日 |
| 勤 務 先名　　称 |  | 役職名 |  |
| 勤 務 先所 在 地 | （〒　　　　－　　　　　）　　（℡　　　　　－　　　　－　　　　　） |
| 開設、就任（予定）の施設名 |  | 開設、就任（予定）時期 | 令和　　　年　　 月　　 日 |
| サービス種　　別 | １　認知症対応型共同生活介護　　　２　小規模多機能型居宅介護３　看護小規模多機能型居宅介護 |
| 認知症介護に従事した経験又は保健医療、福祉サービスの経営に携わった経験 | 年　月～　年　月 | 勤務先等 | 職務内容 |
|  |  |  |
| 認知症介護実践者等養成研修修了状況 | 研修名称 | 修了証書番号 | 修了年月日 |
|  |  |  |
| 受講者が理事長・代表取締役以外の場合その理由 |  |
| 現場体験実習受入可能施設名 |  |

※　認知症介護実践者等養成研修等修了証書のコピーを添付してください。