

令和6年度岩手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

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長 様

(法人又は事業所等名) \_\_\_\_\_

(法人又は事業所等の代表者職・氏名) \_\_\_\_\_

※該当箇所にチェック☑し、記入欄の事項を全てご記入ください。

事業所	事業所等名称	(介護保険事業所番号: _____)	TEL	
	事業所等住所	〒 _____	FAX	
	サービス区分	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
		<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (GH)		

受講希望者	ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日
	氏名		性別	男	・	女	
	保有資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 資格なし					
	認知症介護業務経験	年 _____ 月 _____ (令和6年4月末日現在)					

受講希望理由	<input type="checkbox"/> ①現在所属している事業所の開設者に就任したため。 <input type="checkbox"/> ②既存事業所で新たに開設者に就任予定であるため。 <input type="checkbox"/> ③新たに開設する事業所の開設者に就任予定であるため。
	*上記②、③にチェック☑された場合は、就任予定時期及び事業所名(サービス区分)を記入してください。 就任予定時期: _____ 年 _____ 月 _____ 事業所名: _____ ( _____ )

申込締切: 5月13日(月) ※消印有効 各市町村介護保険担当課宛 注)本書は、事業所所在(予定)管轄の市町村介護保険担当課(地域密着型サービス指定担当課)へお申込みください。 (研修事務局への直接申込みではありません。)	《連絡担当者》 *必ずご記入ください 職名: _____ 氏名: _____ TEL: _____ FAX: _____
--	---

※氏名及び生年月日は、修了証書の記載事項ですので、正確にご記入ください。