開

令和7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　名

施設・事業所名

施設・事業所長
職　・　氏　名

連絡担当者
職　・　氏　名

TEL

FAX

※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。

事業所等	事業所名		介護保険事業所番号	0 3	
	事業所住所	〒	TEL		
			FAX		
	サービス区分	☐小規模多機能型居宅介護　☐認知症対応型共同生活介護（GH） ☐看護小規模多機能型居宅介護 ☐その他（　　）			

受講希望者	ふりがな		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	氏　名			
	職　名		性別	男　・　女
	保有資格	☐社会福祉士　☐介護福祉士　☐介護支援専門員 ☐その他（　　）　☐資格なし		
	認知症介護実務経験	年　　ヶ月（令和７年４月末日現在）		
	居住地	お住いの市町村名をご記入ください。 市・町・村		

受講希望理由	☐①現在所属している事業所の開設者に就任したため。 ☐②既存事業所で新たに開設者に就任予定であるため。 ☐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12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。）

※修了証書に記載しますので、氏名の漢字及び生年月日は正確にご記入ください。