

年 月 日

栃木県保健福祉部高齢対策課長 様

(申込者)

法人名

事業所等の名称

事業所長名

所在地 〒

電話番号

※ 上記が受講決定通知の送付先となります。

令和5(2023)年度 第 回 認知症対応型サービス事業管理者研修について、次のとおり申し込みます。

受講希望者	(フリガナ)				
	氏名				
	生年月日		昭和 平成	年 月 日	
	勤務先 (新設事業所 の場合は 予定を記入)	法人名			
		名称			
		所在地	〒		
		電話番号	—	—	—
		FAX番号	—	—	—
	職務の内容				
	サービスの種類 (該当するものに○)	1	単独型・併設型認知症対応型通所介護	2	共用型認知症対応型通所介護
3		小規模多機能型居宅介護	4	認知症対応型共同生活介護	
5		看護小規模多機能型居宅介護	6	単独型・併設型介護予防認知症対応型通所介護	
7		共用型介護予防認知症対応型通所介護	8	介護予防小規模多機能型居宅介護	
9		介護予防認知症対応型共同生活介護	10		
認知症関係の 研修受講履歴	研修の名称		受講修了年月日		
	実践者研修又は実務者研修 (旧基礎課程) 《必須》		年 月 日		
			年 月 日		
受講希望理由 (該当するものに○及び記入)	1	新規に開設する事業所の管理者に就任するため 《 開設予定年月 年 月 》			
	2	事業所の管理者が変更となるため 《 変更予定年月 年 月 》			
	3	その他 ()			
【必須】メールアドレス及び本人直通電話番号	Mail:	Tel:			
上記のとおり相違ありません。申し込みを希望します。		受講者氏名 _____.			

※網掛け部分に○をつけてください。

※受講者氏名については、必ず本人が自署してください。

記入例

令和 ** 年 ** 月 ** 日

栃木県保健福祉部高齢対策課長 様

(申込者)

法人名 社会福祉法人〇〇会

事業所等の名称 小規模多機能型居宅介護事業所□□

事業所長名 事業所 長三

所在地 〒320-8501

宇都宮市塙田1-1-20

電話番号 028-626-3048

※ 上記が受講決定通知の送付先となります。

令和5(2023)年度 第*回 認知症対応型サービス事業管理者研修について、次のとおり申し込みます。

受講希望者	(フリガナ)	ケンシュウ ウケコ				
	氏名	研修 受子				
	生年月日	昭和 平成 40年6月15日				
	勤務先 (新設事業所 の場合は 予定を記入)	法人名	社会福祉法人〇〇会			
		名称	小規模多機能型居宅介護事業所□□			
		所在地	〒 320-8501 宇都宮市塙田1-1-20			
		電話番号	028 - 623 - 3048			
	FAX番号	028 - 623 - 3058				
	職務の内容	介護職				
	サービスの種類 (該当するものに○)	①	単独型・併設型認知症対応型通所介護	2	共用型認知症対応型通所介護	
3		小規模多機能型居宅介護	4	認知症対応型共同生活介護		
5		看護小規模多機能型居宅介護	⑥	単独型・併設型介護予防認知症対応型通所介護		
7		共用型介護予防認知症対応型通所介護	8	介護予防小規模多機能型居宅介護		
9		介護予防認知症対応型共同生活介護	10			
認知症関係の 研修受講履歴	研修の名称		受講修了年月日			
	実践者研修又は実務者研修(旧基礎課程) 《必須》		平成23年10月22日			
			年 月 日			
受講希望理由 (該当するものに○及び記入)	1	新規に開設する事業所の管理者に就任するため 《 開設予定年月 年 月 》				
	②	事業所の管理者が変更となるため 《 変更予定年月 令和 ** 年 ** 月 》				
	3	その他 ()				
【必須】メールアドレス及び 本人直通電話番号	Mail: chiikishien@pref.tochigi.lg.jp		Tel: 090-〇〇〇〇-△△△△			
上記のとおり相違ありません。申し込みを希望します。 受講者氏名 研修 受子						

※網掛け部分に○をつけてください。

※受講者氏名については、必ず本人が自署してください。