**別紙様式１**

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

鹿児島県社会福祉協議会会長 殿

(〒 - )

法人の所在地

法　人　名

法人印

　 　 　 代表者役職名・氏名 　 　　 　　 記入担当者名（ ）（　　 -　　　-　　 ）

　　 Ｅ-mail（ 　　　　　　 ）ＦＡＸ番号（　　 -　　　-　 　）

認知症対応型サービス事業

□ 指定小規模多機能型居宅介護事業所

□ 指定認知症対応型共同生活介護事業所（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ）　　　　　□ 新規開設

□ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所】　　　　の　　　□ 代表者の変更　のため，

　　　【**※** 該当する□にチェックを付けてください。】

次の者について，令和５年度　認知症対応型サービス事業開設者研修を受講させたいので，

申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 所 の | 名　称 |  | 開設年月日  （予定日） | 平成    令和 | | 年　　月　　日 |  |
|  |
| 所在地 | (〒 - ) 　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 - - | | | | |
| 受講希望者の | 氏 名 | (ふりがな) | 性 別 | 男　・　女 | | |
|  | 生年月日 | 昭和    平成 | 年　　月　　日 | |  |
| 役職名 |  | | | | |  |
| 住 所 | (〒 - ) 　　　　　 電話番号 　 - - | | | | |
| 受講の具体的理由 | |  | | | | |
|

**注１）新規開設の場合、計画書の写し(市町村の事業者指定の担当部署において受理されたもの)を添付すること。**