

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 () 電話番号 (- -)

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、☐ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所、☐ 指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所、☐ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所】の、
【☐ 新規開設、☐ 代表者の変更】のため、次の者について、令和8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。

【※☐ 該当する☐にチェックを付けてください。】

事業所の	名 称		開設年月日 (予定日)	平成 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。