様　式　１

**令和４年度京都府認知症介護実践者等養成研修**

**認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書**

　　　　　 　　　　令和４年　　月　　日

　　　　　　　　　 法人名

印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 代 表 者

　令和４年度京都府認知症介護実践者等養成研修**（認知症対応型サービス事業開設者研修）**に

ついて、下記のとおり申込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受  講  者  勤  務  先 | 事業所名  （サービス種別） | (　　　　　　　　 ) | 問い合わせ担当者名 |
| 所 在 地 | （〒 　　－　　　　） | 電　話：  ＦＡＸ：  Ｅ-mail： |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 講 申 込 者 | | 生　年　月　日 | 現在の役職 | 現職在籍年月数 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | 昭和  平成　　　　年　　　月　　日 |  | 年　　月  （申込日現在） |
| 氏名 | |
| 受講希望理由 | １　新たに開設する事業所の代表者となるため  　　（就任予定日：令和　　　年　　　月 ／ サービス種別：　　　　　　　　　　 ）  ２　代表者が変更となるため  　　（就任予定日：令和　　　年　　　月 ／ サービス種別：　　　　　　　　　　 ）  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
|

|  |  |
| --- | --- |
| ＊　提出書類一覧 | ・様式１（本紙）  ・申込者１名につき１枚の返信用封筒（※角２号(24cm×33.2cm)のもの）  （受講者勤務先の住所・事業所名・郵便番号等記載の上、120円切手を貼付） |

＊　提　出　期　限

**令和４年９月３０日(金)（必着）**（※封筒に「開設者研修 受講申込書」と記載し郵送）

＊　提　出　先

**事業所所在地の市町村介護保険担当課（開設予定の事業所の場合は、開設予定地の市町村）**

様　式　１

記入例

**令和４年度京都府認知症介護実践者等養成研修**

**認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書**

**※サービス種別**

**申込日現在で、申込者の勤務先事業所のサービス種別を記載してください。（次ページのサービス 一覧を参照してください。）**

**※受講申込者・生年月日**

**修了証書発行の際に必要な情報になりますので、楷書で丁寧に記載してください。**

　　　　　 　　　　令和４年　　月　　日

　　　　　　　　　 法人名　社会福祉法人○○○会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 代 表 者　　丹後　太郎　　 　　 　印

　　平成28年度京都府認知症介護実践者等養成研修**（認知症対応型サービス事業開設者研修）**について、下記のとおり申込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受  講  者  勤  務  先 | 事業所名  （サービス種別） | グループホーム洛央苑  (　認知症対応型共同生活介護　) | 問い合わせ担当者名  乙訓　花子 |
| 所 在 地 | （〒 　　－　　　　）    **〇〇市△△町〇番地** | 電　話：○○○-○○○○  ＦＡＸ：○○○-●●●●  Ｅ-mail：○○○○＠○○ |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 講 申 込 者 | | 生　年　月　日 | 現在の役職 | 現職在籍年月数 |
|  | （フリガナ） ヤマシロ　イチロウ  昭和  平成 | | ３５年 ５月 ５日 | 介護部長 | ４ 年　６ 月  （申込日現在） |
| 氏名 山城 一郎 | |
| 受講希望理由 | １　新たに開設する事業所の代表者となるため  　　（就任予定日：令和　３年　４月 ／ サービス種別：小規模多機能型居宅介護 ）  ２　代表者が変更となるため  　 （就任予定日：令和　　　年　　月 ／ サービス種別：　　　　　　　　　　 　 ）  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
|

|  |  |
| --- | --- |
| ＊　提出書類一覧 | ・様式１（本紙）  ・申込者１名につき１枚の返信用封筒（※角２号(24cm×33.2cm)のもの）  （受講者勤務先の住所・事業所名・郵便番号等記載の上、120円切手を貼付） |

＊　提　出　期　限

**※現在の役職**

**勤務先での役職を記載してください。**

**※現職在籍年月数**

**「現在の役職」で記載した役職の申込日時点での在職年月数を記載してください。**

**令和４年９月８日(水)（必着）**（※封筒に「開設者研修 受講申込書」と記載し郵送）

＊　提　出　先

**事業所所在地の市町村介護保険担当課（開設予定の事業所の場合は、開設予定地の市町村）**

　＊サービス一覧

|  |
| --- |
| 居宅サービス  ○訪問介護　○訪問入浴介護　○訪問看護　○訪問リハビリテーション　○居宅療養管理指導  ○通所介護　○通所リハビリテーション　　○短期入所生活介護　　　　○短期入所療養介護  ○特定施設入居者生活介護　　　　　　　　○福祉用具貸与　　　　　　○特定福祉用具販売  地域密着型サービス  ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　○夜間対応型訪問介護　　　 ○地域密着型通所介護  ○認知症対応型通所介護　　　　　　 ○小規模多機能型居宅介護  ○認知症対応型共同生活介護　　　　　 ○地域密着型特定施設入居者生活介護  ○地域密着型介護老人福祉施設　　　 ○看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）  介護保険施設  ○介護老人福祉施設　　○介護老人保健施設　　○介護療養型医療施設　　○介護医療院  その他  ○居宅介護支援　　　　○介護予防支援 |

　 　 ※予防サービスに所属している場合は、本体サービスを記載してください。

　（例）予防訪問介護事業所に所属 　→　「訪問介護」と記載