

平成29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

平成29年 月 日

法 人 名
 代 表 者

印

平成29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： F A X：

受講申込者	生 年 月 日	現在の役職	現職在籍年月数
(フリガ) 氏名	昭和 平成 年 月 日		年 月 (申込日現在)

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：平成 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：平成 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

平成29年10月4日(水) (当日消印有効) (※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)

平成29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

平成29年 月 日

※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。)

法人名 **社会福祉法人〇〇〇会**
 代表者 **丹後 太郎** 印

※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。

養成研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）に

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4番地	電話：〇〇〇-〇〇〇〇 FAX：〇〇〇-●●●●

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) ヤマノ 伊吹 氏名 山城 一郎	昭和 35年 5月 5日 平成	介護部長	4年 6月 (申込日現在)

受講希望理由	<p>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：平成 30年 4月 / サービス種別：小規模多機能型居宅介護)</p> <p>2 代表者が変更となるため (就任予定日：平成 年 月 / サービス種別：)</p> <p>3 その他()</p>
--------	--

* 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

平成29年10月

* 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)

※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。

* 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

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