

(別紙様式1)

令和4年度 滋賀県認知症介護サービス事業開設者研修受講申込書

令和 年 月 日

滋賀県社会福祉協議会会長

(事業者(法人等)の所在地および名称)

(代表者職・氏名)

印

次の者について、標記研修の受講を申し込みます。

受講者の氏名 (ふりがな)	生年月日	昭和 平成	年 月 日
事業者(法人等)の名称	受講者の役職名		
地域密着型サービス 事業所の名称			
地域密着型サービス 事業所の所在地 (連絡先)	〒 TEL FAX		
通知文書の送付先 (上記事業所と異なる場合は、 記入して下さい。)	〒 住所 名称 TEL		
受講者の従事した (または経営に携わった) 経験内容	注2) (経験年数) 年 注3) (施設・事業所等名) (職名)		
当該事業所 の開設状況	注4) ① 既設 (平成・令和 年 月 日 開設済み) ② 新設 (令和 年 月 日 開設予定)		
事業所の開設者への 就任(予定)状況	次の(1)、(2)のいずれかを○で囲み、就任(予定)日を記入のこと。 (1) 指定小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 (2) 指定認知症対応型共同生活介護事業所の代表者 (3) 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の代表者 令和 年 月 日に、就任 (または 就任予定)		

注1) ・申込書には、事業者(法人、株式会社等)の所在地、名称および代表者の職・氏名(理事長名、代表取締役名等)を記入し、代表者印(理事長印、代表取締役印等)を押印してください。私印は不可です。

注2) ・「経験年数」の欄には、次に該当する施設・事業所等における経験年数を記入してください。
特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の職員または訪問介護員等として認知症高齢者の介護に従事した経験年数または保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験年数。

注3) ・「施設・事業所等名」「職名」の欄には、従事した(または、経営に携わった)具体的な施設や事業所等の名称、および当該施設・事業所等における職名を記入してください。

注4) ・「当該事業所の開設状況」欄には、①②のいずれかに○印を付け、開設済みの年月日(または、開設予定の年月日)を記入してください。

上記申込内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日 氏名

※受講者ご本人が自署していただきますようお願いいたします。