【別紙１－２】

年　　月　　日

東大阪市長　　　様

（申込者）

事業者（法人）　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

代表者氏名

認知症介護研修受講申込書

下記の者を受講させたく、申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）受講希望者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 受講を希望する研修の種別 | １ | 認知症対応型サービス事業開設者研修 |
| ２ | 認知症対応型サービス事業管理者研修 |
| ３ | 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 |
| 受講希望者の所属する事業所 | サービス種別 |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電　話 | 　　　　（　　　　　　　） |
| ＦＡＸ | 　　　　（　　　　　　　） |
| E-mail |  |
| 開設状況 | □　既　設　　　□新　設　（　　年　　月　　日開設予定） |
| 施設（事業所）における役職 | １　代表者（就任日：　　　年　　月　　日）２　管理者（就任日：　　　年　　月　　日）３　計画作成担当者（就任日：　　　年　　月　　日） |
| 認知症高齢者の介護業務に関する経験 | 年　　　　ヶ月 |
| 認知症介護に関する他の研修の受講状況 |  | 年　月修了・予定 |
|  | 年　月修了・予定 |
|  | 年　月修了・予定 |
| 現場体験先※開設者研修の受講希望者のみ記載 | □所属事業所□所属法人内の事業所（事業所種別：　　　　　　事業所名：　　　　　　　） |