令和２年度　認知症対応型サービス事業開設者研修

**受 講 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ受講者氏名 |  |
| 受講者住所 |  〒 |
| 電話番号 | 　　　　　（　　　　　）　　　　　　 　 　　　 ※直接連絡が取れる番号 |
| 生年月日 | 　昭和 ・ 平成　　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　・　女 |
| 認知症介護の経験年数 | 年　　　　ヶ月　　※現在の施設(事業所)・現職以外の経験年数を合算してください。 |
| 所属施設・事業所 |  法　　人　　名：  |
|  施設・事業所名： |
| サービス種別（現在所属している施設・事業所） |  １　小規模多機能型居宅介護　　　　　　２ 認知症対応型共同生活介護 ３　看護小規模多機能型居宅介護　　　　４　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 施設・事業所住所 |  〒 |
| 所属電話番号 | （　　　） | 所属ＦＡＸ番号 | （　　　） |
|  備考：指定基準を満たす上で本研修を今年度必ず受講することが必要な場合は、その理由を記入してください。 |
|  １　新規事業所開設に伴い人員基準を満たすため　　〇　開設予定サービス種別　　　（　小規模多機能型居宅介護 ・ 認知症対応型共同生活介護 ・ 看護小規模多機能型居宅介護　）　 〇　開設予定日 ： 　　　　　年　　　月　　　日 ２　現事業所における人員基準を満たすため ３　その他必須となる理由 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ） |

**承　　　　諾　　　　書**

　当施設（事業所）の職員の受講が決定した際には、現場体験（別紙１）を引き受けることを承諾します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　山梨県福祉保健部健康長寿推進課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　　　　 開設者名　　 　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　（代表者）　　　　　　　　　※公印を押印してください。