

平成30年度浜松市認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

平成 30 年 月 日

あて先 浜松市長 鈴木康友

所在地 〒

法人名

代表者名 印

市内事業所※	事業所名		サービスの種類	<input type="checkbox"/> 指定小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 指定認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 指定看護小規模多機能型居宅介護
	事業所の所在地	〒 浜松市 区		TEL
	開設日 (開設予定日)	平成 年 月 日		

※ 市内で開設する事業所(1か所)を記入

受講希望者	ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日
	氏名			
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	介護等業務経験年数 (申請日現在)	年 か月
	役職		保有資格	
	職場体験について	予定事業所名 () サービス種別 () 予定日時 (平成30年 月 日 時 分 ~ 時 分)		
	受講を修了した研修		(受講年次 平成 年度)	
			(受講年次 平成 年度)	
			(受講年次 平成 年度)	
受講理由	<input type="checkbox"/> 平成30年度及び平成31年度に新規指定を受ける事業者の代表者となる予定の者 <input type="checkbox"/> 役員の交代等により代表者となる予定の者 (代表者就任予定 平成 年 月頃) <input type="checkbox"/> 現に代表者として届け出ている者であって、未だ認知症対応型サービス事業開設者研修を修了していない者 (代表者就任 平成 年 月) <input type="checkbox"/> その他 ()			
特記事項 (※1)				

(※1) 申込者多数のときの選考の参考とするので、特記事項がある場合は記入してください。

<本研修申し込みに関する事務担当者>

氏名		電話番号		Eメール アドレス	
----	--	------	--	--------------	--