令和５年度　神奈川県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書

申込日：　　　　　年　　　月　　　日

公益社団法人　日本認知症グループホーム協会　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名（未設立の場合は空欄） |  |
| 法人代表者氏名（未設立の場合は予定者） |  |
| 法人所在地（未設立の場合は代表予定者の自宅） | 〒（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事務連絡先 | 連絡先名称 |  |
| 所在地 | 〒（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

認知症対応型サービス事業開設者研修の受講者として、次の者を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 役職名 |  | 生年月日 | １．大正２．昭和３．平成 | 　　　年　　　　月　　　　日 |
| 氏　名 |  |
| 研修の受講が必要となった理由 | 右欄の該当する欄に○印をつけてください |  | (１)令和５年度中に指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設する（した）ため |
|  | (２)令和５年度中に指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の開設者の交代を予定する（した）ため |
|  | （３）令和６年度中に指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設するため |
|  | （４）令和６年度中に指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所、指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所又は指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の開設者の交代を予定するため |
| 対象となる事業所名（開設者研修受講にかかわるすべての事業所について、下欄にご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名（仮称も可）【介護保険事業所番号】 | 所在地（開設予定住所） | 開設時期（予定） | サービス種別 |
| 【　　　　　　　　　　　　　　】 |  | 　　　年　　　月　　　日 | １　小規模多機能型居宅介護事業所２　認知症対応型共同生活介護事業所３　看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 【　　　　　　　　　　　　　　】 |  | 　　　年　　　月　　　日 | １　小規模多機能型居宅介護事業所２　認知症対応型共同生活介護事業所３　看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 【　　　　　　　　　　　　　　】 |  | 　　　年　　　月　　　日 | １　小規模多機能型居宅介護事業所２　認知症対応型共同生活介護事業所３　看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| 【　　　　　　　　　　　　　　】 |  | 　　　年　　　月　　　日 | １　小規模多機能型居宅介護事業所２　認知症対応型共同生活介護事業所３　看護小規模多機能型居宅介護事業所 |

 |
| 現場体験について | ・現場体験施設につきましてお申し込み後、当神奈川県支部研修部門より現場体験施設一覧をお送りいたします。後日、現場体験施設一覧が届きましたら**必ず第一希望から第三希望までの事業所名**を選び、ご記入ください。・日程の希望は伺えませんので、ご了承ください。・現場体験施設は、受入れ人数に限りがあり、ご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。また、決定した日程は、受講決定と共にお知らせいたします。 |

＊複数人の申し込みをする場合は、それぞれにこの申込書を作成してください。

＊この申込書に基づいて修了証書を作成しますので氏名、生年月日等に誤りがないよう記入してください。また、この申込書は研修終了まで大切に保管してください。

＊定員を超える受講希望があった場合は、受講決定者を調整することがあります。

＊本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。なお、受講決定に際して、関係所轄課等に記載内容の確認等を行う場合があります。