

《申込先》公益社団法人
横浜市福祉事業経営者会
TEL 045-840-5815
FAX 045-840-5816

指定予定日により、受講回を決めておりますので、「年間予定表」で確認し、受講される回に○をつけてください。

※受講対象者：新規事業所の管理者予定者及び更新予定事業所の管理者（必須）

	第1回 令和4年4月8日 【申込〆切日】 令和4年3月18日		第2回 令和4年6月8日 【申込〆切日】 令和4年5月18日		第3回 令和4年8月5日 【申込〆切日】 令和4年7月15日
	第4回 令和4年10月7日 【申込〆切日】 令和4年9月16日		第5回 令和4年12月7日 【申込〆切日】 令和4年11月16日		第6回 令和5年2月8日 【申込〆切日】 令和5年1月18日

※受付開始時間は9時00分を予定しています。

指定（更新）予定日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
申請法人名					
事業所名（予定）					
指定事業所所在地（予定）					
連絡先	事業所電話番号：	携帯電話番号：			
	FAX番号：	担当者名：			
出席者（職・氏名） ※原則、管理者（予定）の方で 申込をお願いします。	申請事業所における役職（予定）	氏名			
上記出席者の管理者向け質の向上セミナーを過去3年以内に受講している場合に記載してください。	過去にセミナーを受講した日付	受講した当時に所属していた法人・事業所名			
	年 月 日				

【サービス種別】（該当するものに○印をつけてください。）

1	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
2	夜間対応型訪問介護	6	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
3	地域密着型通所介護	7	看護小規模多機能型居宅介護
4	(介護予防) 認知症対応型通所介護	※介護予防支援は受講必須ではありません	

- この申込書は、申請する事業所ごとに1枚ずつ必要です。
- 更新の場合の事業所名は市に届け出ているとおりに正確に記入してください。
- 会場定員の都合上、1事業所あたり原則1名までとさせていただきます。
- 申込者数により、事前に調整させていただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- 記載いただいた申込書は、申込期限までにFAXで横浜市福祉事業経営者会に送付してください。定員を超過している場合など、受講が出来ない場合は横浜市福祉事業経営者会から連絡をいたします。