

平成25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 25 年 月 日

あて先 浜松市長 鈴木康友

所在地 〒

法人名

代表者名 ⑩

市内事業所	事業所名		サービスの種類	指定小規模多機能型居宅介護 指定認知症対応型共同生活介護 指定複合型サービス
	事業所の所在地	〒 浜松市 区		
	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	男 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 (※1)	予定事業所名 [] 予定日時 [平成25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	平成25年度及び平成26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 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) 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) その他 ()			
	特記事項 (※2)				

(※1) 平成25年度浜松市認知症対応型サービス事業開設者研修実施要領第5【職場体験】を参照してください。

(※2) 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	
----	--	------	--	--------------	--