

研修受講申込書（認知症対応型サービス事業開設者研修用）

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会 会長 殿
 （市町村長経由）

〒 ー

主たる事務所の所在地

法人の名称・代表者の氏名

このことについて、下記のとおり申し込みます。

（ふりがな） 受講者氏名	-----		役職名
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日
住 所	〒 ー		
代表者の区分 （注 1）	1 指定申請書に記載されている法人の代表者（開設者） 2 1以外の者で、法人の地域密着型サービス部門を代表する者 ※2の場合には、必ず事業所所在市町村の了解を得ること。		
申込担当者 連絡先	（〒 ー ） 事業所住所： 事業所名・担当者名： 電話：		
受講決定通知 及び修了書の 送付先	（〒 ー ） 住所： 宛名（受講者名又は担当者名）： 電話：		
開設事業所の状況 （開設予定を含め開設している事業所を全て記入すること。）			
開設（予定）事業所名	開設市町村名	開設（予定）時期	

※ この研修は、基本的に法人の代表者が受講すること。受講希望者が地域密着型サービス事業部門の担当役員など、法人の代表者と別の場合は、当該事業所所在の市町村の了解を得ること。

※ 新規開設については、開設場所、時期など具体的な計画（原則、2年以内の開設を予定しているものを目安とすること。）があり、設置所在の市町村と協議しているものについて記入すること。

※ 開設（予定）市町村を経由して提出すること。