

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		男 女	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。			
申込者・連絡先	(〒 ー) 事業所住所： 事業所名・担当者名： TEL：			
決定通知・修了書の送付先	(〒 ー) 住所： 宛名（又は担当者名）： TEL：			
開設事業所の状況(注2) (開設予定を含め開設している事業所を全て記入してください。)				
開設事業所名	開設市町村名	開設時期		

(注1) 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。

(注2) 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。

(注3) 提出は、市町村を経由してください。