

# 令和4年度 堺市認知症対応型サービス事業開設者研修

## 受講申込書

ふりがな 申込者氏名			性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
職種・役職			介護実務 経験年数	年 ヶ月
取得している 資格等	医師・保健師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員 その他（ ）			
法人名				
事業所名	事務連絡ご担当者名（ ）			
施設種別	小規模多機能・看護小規模多機能・認知症対応型共同生活介護 その他（ ）			
事業所 所在地	〒 ー			
事業所 電話番号			FAX番号	

堺市認知症介護実践者等養成事業実施要綱第4条の規定により、上記研修について申し込みます。

令和 年 月 日

(法人名)

(代表者職氏名)

※ 本申込書は、郵送又は持参してください。

※ 申込者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にご記入ください。

※ 記載された個人情報、受講者の決定や修了証の作成等、本研修の円滑な運営のために使用します。