

# 開設者研修

## 令和7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 在 地 号 電 話 番 号	〒 — TEL : — —			
緊 急 時 連 絡 先 携 帯 番 号	— —	メ ー ル ア ド レ ス		

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

(申込者氏名)

(法人名)

(代表者職氏名)

- ※ 本申込書は、大阪府社会福祉事業団へ郵送又は持参してください。(①郵送での申込)
- ※ インターネットでの申込は「申込フォーム」に情報を入力してください。(②インターネットでの申込)
- ※ 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は、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。