

令和2年度堺市認知症対応型サービス事業管理者研修

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			
管理者着任日 (予定日)	年 月 日	堺市長への誓約書 提出の有無	有・無	
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 ()			
実践者研修 修了日	年 月 日	実践者研修 修了証書番号	修了証書の写しを添付ください。	
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・認知症対応型通所介護・ 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

(申込者氏名)

推薦者

(法人・施設(事業所)名)

(代表者・施設長名)

※ 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。