年　　月　　日

# 令和２年度「認知症対応型サービス事業開設者研修」受講申込書

＊事業主体と、現在勤務している施設名の両方を記載してください。

事業主体（法人）　代表者名　　印

〔電話〕　　〔FAX〕

連絡担当者氏名　／

施設・事業所　　所在地　〒

名称

〔電話〕　　〔FAX〕

◆申込者本人が記入すること

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 生年月日 | 昭和<br>平成　　年　　月　　日 | 年齢 | 歳 | 性別 | 男　女 |
| 氏 名 | | | | | | | |
| 役職名 | | | | | | | |
| ＊受講希望回（希望する回にレ印を）　□第１回　□第２回　□第３回 | | | | | | | |
| 研修の受講目的 | | | | | | | |

（該当するものにレ印を付けてください。）

□ 令和２年度にグループホーム等を開設し、その事業所の代表者となるため。

【就任予定の事業所種別　：　　】

□ 近日中に既設のグループホーム等の代表者となるため。

【就任予定の事業所種別　：　　】

□ その他（下記に具体的に記載のこと）