

令和2年度 東京都認知症対応型サービス事業開設者研修(第1回) 受講申込書

【郵送でお送りください】

※受講申込にあたっては、事業所が所在する区市町村の「認知症介護研修」担当部署までお申込みください

開

東京都知事 殿

申込者	法人名	
	(事業所名)	
	所属長役職	
	所属長氏名	



※私印は認められません

事務連絡先 〔受講票等 送付先〕	郵便番号	
	所在地	
	事業所名	
	連絡先 TEL	
	連絡先 FAX	
	連絡担当者氏名	

標記の研修について、下記の者を受講させたく、申込みます。

フリガナ		性別	1 男	・	2 女
受講希望者氏名		生年月日	1 昭和・2 平成	年	月 日
受講希望者の 役職名					
【受講目的】 (該当に○)	1 認知症対応型サービスの開設のため 2 認知症対応型サービスの代表者変更のため (代表者変更予定時期： 年 月 日 変更予定)				
【実習の希望日程】	※都合の悪い実習日があれば、×をつけてください。 【6/23 ⇒ ()】 【6/24 ⇒ ()】				

★以下は、受講目的が開設・変更のいずれの場合でも、開設者研修受講に係る全ての事業所についてご記入ください。

本研修の申込みに当たって、推薦を受けた区市町村に所在する事業所に○印を付けてください。

事業所名・事業所番号 (仮称でも可)	事業所住所 (開設予定住所でも可)	開設時期 (予定でも可)	サービス種別 (該当に○)
(事業所番号：)	〒	年 月 日	1 認知症対応型共同生活介護 2 小規模多機能型居宅介護 3 看護小規模多機能型居宅介護
(事業所番号：)	〒	年 月 日	1 認知症対応型共同生活介護 2 小規模多機能型居宅介護 3 看護小規模多機能型居宅介護
(事業所番号：)	〒	年 月 日	1 認知症対応型共同生活介護 2 小規模多機能型居宅介護 3 看護小規模多機能型居宅介護
(事業所番号：)	〒	年 月 日	1 認知症対応型共同生活介護 2 小規模多機能型居宅介護 3 看護小規模多機能型居宅介護

【チェック欄】 ※必ず全ての□にチェックが入ることを確認してください。

: 東京都内の認知症対応型共同生活介護事業者、小規模多機能型居宅介護事業者及び看護小規模多機能型居宅介護事業者の代表者(もしくは代表者になる予定がある方)

: 申込者は研修の全日程に参加できる。

: 記載内容に誤りがない【※本申込書の記載内容から、修了証書を作成しますので、必ずご確認ください。】

※本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規程に基づき、適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。

なお、修了者の所属・氏名等については、事業所が所在する区市町村にお知らせします。

※受講決定に際して、区市町村の関係所管課等に、記載内容の確認等を行う場合があります。