**令和７年度「第１回広島市認知症対応型サービス事業管理者研修」申込書**

**管**

令和　　年　　月　　日

広　島　市　長　　様

申込者（法人名） 法人名称

代表者職氏名

令和７年度「第１回広島市認知症対応型サービス事業管理者研修」に下記のとおり申込みます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者 | (フリガナ)氏名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 職　　　歴（認知症介護の実務経験の期間について、直近の職歴から、合計年数が３年以上となるまでのものを記載すること。） | 期　　　　間 | 勤務先(施設等の名称) | 職務内容(例:介護従事者等) |
| 　　　年　 　月～　　　年　 　月(　 　年　　カ月) |  |  |
| 　　　年　 　月～　　　年　 　月(　 　年　　カ月) |  |  |
| 　　　年　 　月～　　　年　 　月(　 　年　　カ月) |  |  |
| 　　　年　 　月～　　　年　 　月(　 　年　　カ月) |  |  |
| 合計 ( 　 年 　カ月)　令和7年7月31日現在 |  |  |
| 修了済の研修**（修了証の写しを添付すること。）** | □　認知症介護実践研修（実践者研修）　 |
| □　認知症高齢者グループホーム管理者研修 |
| □　基礎課程 |
| 管理者となる予定の事業所のサービス種別 | □　認知症対応型通所介護 |
| □　小規模多機能型居宅介護 |
| □　認知症対応型共同生活介護 |
| □　看護小規模多機能型居宅介護 |
| 受講理由（必要事項を記載してください。） | ※近年は応募数が定員数に達していませんが、仮に定員数を超える応募があった場合選考を行います。選考時の参考とするため、今回必ず受講しなければならない理由があれば、理由を記載してください。 |

（注）　□欄がある場合は、該当するものにチェックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講決定通知先 |  |
| □メール（メールアドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　）□郵　送（住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担当者 |  |
| 氏　名：連絡先： |