**令和７年度「広島市認知症対応型サービス事業開設者研修」申込書**

**開**

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「広島市認知症対応型サービス事業開設者研修」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又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を記載すること。） | 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9月30日現在 |  |  |
| 開設者となる予定の事業所のサービス種別 | □　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。 |
| 現場体験可能事業所（※） | 事業所名（事業所担当者名／連絡先）（　　　　　　　／　　　　　　　） |

（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。

※　研修の講義内容である現場体験の受け入れ先については原則、本市で調整しています。申込者の事業所において、申込時点で他の法人の受講申込者を受け入れ可能な事業所があれば記載をお願いします。現場体験は原則他の法人の事業所にて受講していただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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： |