**令和６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） 法人所在地

法人名称

代表者職氏名

令和６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 | |
|  | |
| 住 　　所 | 〒 　　　－ | | | | | |
| 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6年8月1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 | | | | | |
| 今回受講しなければならない理由  （いずれかの番号に○をつけ、必要事項を記載してください。） | | １ | 広島市内での「事業所の開設」に伴い管理者となるため  ・開設予定の事業所名（※1） ：  ・開設予定時期　　　　　　　：令和　　年　　月頃 | | | | |
| ２ | 広島市内での事業所における「管理者変更」に伴い管理者となるため  ・管理者が変更する事業所名　：  ・変更予定時期　　　　　　 ：令和　　年　　月頃 | | | | |
| ３ | その他（※2）  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

（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。

※1　事業所名が決定していない場合は、（仮）として仮称を記入すること。

※2 具体的な理由を記載すること（例：○○○（事業所名）の管理者の急な退職に備えるため）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講決定通知送付先 |  | 申込担当者名：  連絡先： |
| 事業所名　：  住　　所　：〒　　　- |
|  |