**令和５年度「第２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５年度「第２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5年2月15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（上記の申込者（開設者）住所と異なる場合に記入） |  | 申込担当者名：連絡先： |
| 事業所名　：住　　所　：〒　　　-  |
|  |