

# 千葉市認知症介護サービス事業開設者研修 受講申請書

平成 年 月 日

(あて先)千葉市長

千葉市認知症介護サービス事業  
開設者研修の受講を次のとおり申請します。

第 回 開設者研修

運営主体	法人所在地	〒
	法人名	
	代表者名	印
主たる事業所	施設・事業所所在地	〒
	施設・事業所名	
	施設・事業所長名	印
	連絡先電話番号	
	FAX番号	
	連絡先電子メールアドレス	@
書類送付先	所在地	〒
	宛名	

フリガナ			性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月	日( 歳)
受講希望者氏名									
住所									
役職									

※受講希望者氏名と生年月日は、修了証書に記載しますので、正確にお書きください。

認知症介護や経営の経験について	1 特別養護老人ホーム、老人デイサービス、介護老人保健施設、グループホーム等に勤務した経験がある。 2 保健医療サービスも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がある。 3 その他( )								
運営する事業所のうち開設者研修の受講が必要な事業所	事業所名	事業所番号	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						
	事業所名	事業所番号	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						
	事業所名	事業所番号	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						
	事業所名	事業所番号	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						
	事業所名	事業所番号	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						

※千葉市内に所在する事業所から順に、事業所名、事業所番号を記入し、該当するサービス種別に○をつけてください。

書ききれない場合は、任意の書式で別紙を添付くださっても結構です。

その他に運営する施設・事業所のサービスの種類

- |        |                        |             |
|--------|------------------------|-------------|
| 1 訪問介護 | 6 特定施設入居者生活介護          | 10 居宅介護支援   |
| 2 訪問看護 | 7 地域密着型特定施設入居者生活介護     | 11 介護老人福祉施設 |
| 3 訪問リハ | 8 認知症対応型通所介護           | 12 介護老人保健施設 |
| 4 通所介護 | 9 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | 13 その他( )   |
| 5 通所リハ |                        |             |

※該当するものに○を付けてください。

千葉市で受講を希望する理由、研修に期待していること等を記入してください。