

(別 紙)

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 介護保険担当課長 様  
(市町村を記入)

法人名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

令和 8 年度認知症対応型サービス事業開設者研修  
受講申込書の提出について

時下ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。  
さて、標記研修の受講申込に伴い別添のとおり必要書類を提出いたします。  
つきましては、記載内容を御確認いただき、貴職から福岡県社会福祉協議会長  
あて提出いただきますようお願い申し上げます。

担当者 _____
TEL _____
FAX _____

※市町村介護保険担当課に提出してください。

## 令和8年度認知症対応型サービス事業開設者研修 第1回 受講申込書

- 開催要綱「受講対象者」に記載の内容を十分に確認のうえ、記入してください。
- 研修修了者には修了証書を交付しますので、氏名及び生年月日は正確に記入ください。
- 令和8年6月1日現在で御記入ください。

受 講 希 望 者	ふりがな				性 別	男 ・ 女
	氏 名					
	生年月日	昭和・平成	年	月	日生	( 歳)
	住 所	(〒 - )				
所 属 等	法 人 名					
	事業所名					
	所 在 地	(〒 - )				
		TEL ( ) - FAX ( ) - ※決定通知等の文書を送付します。 <u>上記と異なる場合のみ</u> 下記に御記入ください。 宛名： 住所：(〒 - )				
現在の役職		現在の役職の 経 験 年 数		年	ヶ月	
認 知 症 対 応 型 サ ー ビ ス 事 業 に つ い て	事業の種別 (いずれかを○で囲んでください)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 指定 (介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業所</li> <li>・ 指定 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護事業所</li> <li>・ 指定看護小規模多機能型居宅介護事業所</li> </ul>				
	開設時期等 (いずれか御記入ください)	【開設済み】				
		開設 (指定) 日	平成・令和	年	月	日
		就任 (予定) 日	平成・令和	年	月	日
		【開設予定】				
		開設予定日	令和	年	月	日
		就任予定日	令和	年	月	日
メールアドレスフォームへの登録が済んでいれば、済 まだの場合は登録予定日を下記に記入してください。 ※メールアドレスを登録しなければ研修受講に必要なご案内ができませんので、ご注意ください。						
済 ・ 未 ( / 頃に登録予定)						