**令和６年度　認知症対応型サービス事業開設者研修　受講申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人　山口県社会福祉協議会　宛て

（法人・事業所名）

（代表者氏名）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年月　日 | 昭和平成 | 　年　　 　月 　　　日 |
| 受講希望者氏　　　 名 |  |
| 受講希望者の現在の所属等 | 事業所（施設）名 |
| 事業所（施設）住所・連絡先〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　－　　　　　　FAX　　　－　　　－　　　　 |
| 受講希望者連絡先　　　TEL　　　－　　　－　　　　 |
| 現在の役職　　　 |
| 申込に関する連絡担当者氏　名連絡先　　　TEL　　　－　　　－　　　　 |
| 開設（予定）の事業所名・種別 | ※　該当項目に○をして、日付を記入してください。１　開設済み（令和　　年　　月　　日　開　　設）２　開設予定（令和　　年　　月　　日　開設予定） |
| 開設（予定）事業所名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| ※　該当項目に○をしてください。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　　　　３　看護小規模多機能型居宅介護　　 |
| 現場体験の実習先について | ※　該当項目に○をしてください。※　実習先が現場体験の対象事業所であることを確認してください。１　自法人内の事業所で現場体験する。　※　他の受講者の現場体験についてもお願いする場合があります。【実習先事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　実習予定日（令和７年　　月　　日　）←１月１８日～２月１８日のうち１日２　他の法人の事業所に現場体験を依頼する予定※　正式な依頼は受講決定後に行ってください。【実習予定事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　　　実習予定日（令和７年　　月　　日　）←１月１８日～２月１８日のうち１日 |

このことについて、下記のとおり申込みます。

※裏面も必ず記入してください。

介護業務等に関する実務経験について記入してください。

なお、申込日現在で、通算の年数を記入してください。（1か月未満切り捨て）

**実務経験年数合計 　年　　月（うち認知症介護経験 　　年　　月）**

※本紙（受講申込書）の**記入箇所において、空欄があった場合は書類不備**として申込書を受け付け

られないことがありますので、十分に注意してください。