**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。