様式２

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

熊本市長　様

１　受講申込事業所について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  |
| ◆指定基準に基づく人員配置状況（選考基準となりますので、該当するところを〇で囲んで下さい。） | | | |
| 開設者（代表者） | ア　満たしている | | |
| イ　満たしていない（　　　　年　　月～）  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ウ　満たさなくなる予定（　　　　年　　月～）  　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| エ　新規開設予定  　開設予定時期（　　　　　年　　　　月　） | | |
| 事業所における これまでの申込状況 | 1. 上記で選択した人員配置状況に対する、研修受講申込は、   （　初めて　　／　　　　　回目）である。  ※前回の申込みで、申込者が受講決定されている場合は、今回は「初めて」の申し込みとなります。  （２）これまでの申込時期  　 ①　　　　年　　月  ②　　　　年　　月　 ※２回目以上の申込の方のみ記入してください。  ※３回以上申込をされている方は余白に記入してください。 | | |

２　受講希望者について

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　 名 | ※修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載  してください。（「髙」→「高」、「眞」→「真」など簡略字を記載した場合、修了証は簡略字で発行します。） |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 |
| 本人携帯番号 | ※提出書類等について研修前や研修期間中に事務局から直接受講者へ御連絡させていただく場合がございま  す。 |
| メールアドレス | ※事務局からの連絡事項及び研修資料を必ず受信し、印刷できるアドレスを記入してください。 |
| 受講目的 | １　　　　　　年　　月から新規に認知症対応型共同生活事業所等を開設予定であり、当該事業所等の開設者になることが確定している。  ２　　　　　　年　　月から認知症対応型共同生活事業所等の開設者に就任している（または就任予定である）が、開設者研修未受講であり、受講が必要であるため。  ３　現時点では他の者が開設者を務めており、しばらく交代の予定はないが、次期開設者としてトレーニングを行いたいため。  ４その他（下記に具体的に記載のこと）  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

３　この研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

|  |
| --- |
|  |

〈受講申込書記入の際の注意点〉

「２　受講希望者について」のメールアドレスは、事務局からの連絡事項及び研修資料を必ず受信し、印刷できるアドレスを記入してください。携帯のメールアドレス等を記入され、研修当日に資料のダウンロードができない等のお問合せがあり、研修の運営や準備等に支障をきたすことがありました。当日は、すぐに対応できない場合がありますので、今一度確認をお願いします。