**令和５年度　堺市認知症対応型サービス事業管理者研修**

**受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  申込者氏名 |  | | | | 性別 | | 男　・　女 | |
|  | | | |
| 生年月日 | 昭和 ・ 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 管理者着任日  （予定日） | 年　　　　月　　　　日 | | 堺市長への誓約書提出の有無 | | | | 有　　・　　無 | |
| 職種・役職 |  | | 介護実務  経験年数 | | | | 年　　　ヶ月 | |
| 取得している  資格等 | 医師・保健師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員  その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 実践者研修  修了日 | 年　　　　　月　　　　日  修了証書の写しを添付ください。 | | | 実践者研修  修了証書番号 | | | | 列の幅微修正 |
| 法人名 |  | | | | | | | |
| 事業所名 | 事務連絡ご担当者名（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 施 設 種 別 | 小規模多機能・看護小規模多機能・認知症対応型共同生活介護・認知症対応型通所介護・  その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 事業所  所 在 地 | 〒　　　－ | | | | | | | |
| 事業所  電 話 番 号 |  | ＦＡＸ番号 | | | |  | | |

堺市認知症介護実践者等養成事業実施要綱第４条の規定により、上記研修について申し込みます。

令和　　　年　　　月　　　日

（申込者氏名）

推　薦　者

（法人・施設（事業所）名）

（代表者・施設長名）

* 本申込書は、郵送又は持参してください。
* 申込者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にご記入ください。
* 記載された個人情報は、受講者の決定や修了証の作成等、本研修の円滑な運営のために使用します。