

【開設者研修】

北海道認知症対応型サービス事業開設者研修

受講依頼書兼申込書

北海道知事様

年 月 日

開催回：第__回申込み

法人名：_____

事務連絡先(修了証書送付先)

郵便番号：_____

住所：_____

法人名：_____

事務担当者名：_____

担当者連絡先番号：_____

メールアドレス：_____

申込者
証明写真貼付欄
4 cm×3 cm
(写真の裏に事業所名と氏名を記入すること)

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年 月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
氏名						
受講理由	代表者が本研修を未受講のため					
	新規開設予定の事業者の代表者となるため					
	代表者が交代となるため					
区分	指定申請書に記載されている法人の代表者					
	上記以外で、法人の地域密着型サービス部門を代表する者					
勤務先	名称：				役職	
	郵便番号：					
	住所：					
	電話：					
代表を務める全ての事業所名 (記載欄が足りない場合は、別紙に記載のこと)※	市町村名	事業所名		種別	設置状況	開設年月
					既設・ 新設	年 月
					既設・ 新設	年 月
					既設・ 新設	年 月
					既設・ 新設	年 月

〈次のページの注意事項を必ずお読みください。〉

【注意事項】

(1) 証明写真について

- ・ 申込前3ヶ月以内に撮影したものであること
- ・ 無帽、無背景、鮮明であるもの
- ・ 上三分身（胸から上のみ）を正面から撮影していること
- ・ 前髪や装飾品等で目や顔の一部が隠れているものは不可

(2) ※「代表を務める全ての事業所名」について

道内で代表者を務めている全ての指定事業所について記載してください。

① 「種別」欄は、次のとおり記載してください：

指定(介護予防)小規模多機能型居宅介護事業所の場合　：小規模

指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業所の場合　：GH

指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の場合　　　：看護

② 事業所が多く記載欄が足りない場合は、別紙（任意様式）に記載の上、提出してください。

(3) 申込書の提出について

各市町村担当課にご提出ください。