**開設者研修（ハートピア京都）**

様 式 １

**令和７年度京都府認知症介護実践者等養成研修　受講申込書**

**（認知症対応型サービス事業開設者研修）**

令和７年　　月　　日

法　人　名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　印

令和７年度京都府認知症介護実践者等養成研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）について、

下記のとおり申込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者勤務先 | 事業所名  (サービス種別) | （　　　　　　　　 　　 ） | 問い合わせ先担当者名 |
| 所在地 | 〒 | 電　話：  ＦＡＸ：  e-mail： |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講申込者 | | | 生 年 月 日 | 現在の役職 | 現職在籍年月数 |
| （フリガナ） |  | | 昭和  　　　　　　年　　 月　　日  平成 |  | 年　　月  （申込日現在） |
| 氏名 |  | |
| 受講希望理由 | | １　新たに開設する事業所の代表者となるため。  （就任予定日：令和　　年　　月 ／ サービス種別：　　　　　　　　　　）  ２　代表者が変更となるため。  （就任予定日：令和　　年　　月 ／ サービス種別：　　　　　　　　　　）  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ●提出書類一覧 | □ 受講申込書（様式１）  □ 返信用封筒　申込者１名あたり１枚  （角２号封筒（24cm×33.2cm）140円切手貼付）  ※受講者勤務先の住所・郵便番号を記載すること。 |

●提出期日：**令和７年９月２９日(月)必着**

※封筒に「開設者研修　受講申込書」と記載して郵送

●提 出 先：**事業所所在地の市町村介護保険担当課**

**（開設予定の事業所の場合は、開設予定地の市町村）**

**開設者研修（ハートピア京都）**

様 式 １

**記入例**

**令和７年度京都府認知症介護実践者等養成研修　受講申込書**

**（認知症対応型サービス事業開設者研修）**

令和７年　　月　　日

**※サービス種別**

**申込日現在で、申込者の勤務先事業所のサービス種別を記入してください。**

**（次ページのサービス一覧をご参照ください。）**

**※受講申込者・生年月日**

**修了証書発行の際に必要な情報になりますので、楷書で丁寧に記載してください。**

法　人　名　　社会福祉法人○○○会

代 表 者　　丹後　太郎　　　　　　　　印

令和７年度京都府認知症介護実践者等養成研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）について、下記のとおり申込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者勤務先 | 事業所名  (サービス種別) | グループホーム洛央苑  （　　認知症対応型 共同生活介護 　） | 問い合わせ先担当者名  南丹　花子 |
| 所在地 | 〒◇◇◇-◇◇◇◇  ○○市△△町４番地 | 電　話：○○○－○○○○  ＦＡＸ：○○○－●●●●  e-mail：○○○○＠○○○ |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講申込者 | | | 生 年 月 日 | 現在の役職 | 現職在籍年月数 |
| （フリガナ） | ヤマシロ　　イチロウ | | 昭和  　　　　　１年　５月　５日  平成 | 介護部長 | ７年　０月  （申込日現在） |
| 氏名 | 山城　一郎 | |
| 受講希望理由 | | １　新たに開設する事業所の代表者となるため。  （就任予定日：令和　３年　４月 ／ サービス種別：小規模多機能型居宅介護）  ２　代表者が変更となるため。  （就任予定日：令和　　年　　月 ／ サービス種別：　　　　　　　　　　）  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

**※現在の役職**

**勤務先での役職を記載してください。**

**※現職在籍年月数**

**「現在の役職」で記載した役職の申込日時点での在職年月数を記載してください。**

**※消せるボールペンや、鉛筆は使用しないでください。**

|  |  |
| --- | --- |
| ●提出書類一覧 | □ 受講申込書（様式１）  □ 返信用封筒　申込者１名あたり１枚  （角２号封筒（24cm×33.2cm）140円切手貼付）  ※受講者勤務先の住所・郵便番号を記載すること。 |

●提出期日：**令和７年９月２９日(月)必着**

※封筒に「開設者研修　受講申込書」と記載して郵送

●提 出 先：**事業所所在地の市町村介護保険担当課**

**（開設予定の事業所の場合は、開設予定地の市町村）**

　＊サービス一覧

|  |
| --- |
| 居宅サービス  ○訪問介護　○訪問入浴介護　○訪問看護　○訪問リハビリテーション　○居宅療養管理指導  ○通所介護　○通所リハビリテーション　　○短期入所生活介護　　　　○短期入所療養介護  ○特定施設入居者生活介護　　　　　　　　○福祉用具貸与　　　　　　○特定福祉用具販売  地域密着型サービス  ○定期巡回・随時対応型訪問介護看護　　○夜間対応型訪問介護　　　 ○地域密着型通所介護  ○認知症対応型通所介護　　　　　　 ○小規模多機能型居宅介護  ○認知症対応型共同生活介護　　　　　 ○地域密着型特定施設入居者生活介護  ○地域密着型介護老人福祉施設　　　 ○看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）  介護保険施設  ○介護老人福祉施設　　○介護老人保健施設　　○介護療養型医療施設　　〇介護医療院  その他  ○居宅介護支援　　　　○介護予防支援 |

　 　※予防サービスに所属している場合は、本体サービスを記載してください。

（例）予防訪問介護事業所に所属 　→　「訪問介護」と記載