（様式１）

年　　月　　日

　　市町村の長　　　　様

申請者所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　印

　　　令和５年度第　回千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

以下の者について千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修の受講を申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　　　名  （生年月日） | 性別  ………  年齢 | 職　種 | 備　　考 |
| (　　　　年 月 日) | 男・女    　　　歳 |  |  |
| 住　　　所　　〒 | | | |
| 事業所あて受講決定通知の送付先所在地  〒 | | | |

（様式２）

年　月　日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

市 町 村 の 長

千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講対象者について

　　このことについて、下記のとおり令和５年度第　回千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修の受講希望者を優先順位を付して推薦します。

　　なお、別紙のとおり千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申請書（写）を添付します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 法　人　名 | 受講希望者名 | 受講希望者役職名 | 優先順位 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

（様式３）

　年　　月　　日

千葉県知事　熊谷　俊人　様

市 町 村 の 長

推　　　薦　　　書

　下記の者について、下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講させたい研修 | 令和５年度第　回千葉県認知症対応型  サービス事業開設者研修 |
| 推薦する者 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 氏　名 |  | | | 事業所名 | 住所　：  電話　：  ＦＡＸ： | | | 経験年数 |  | | | 既に受講した研修 |  | 受講年次 | |  | (　　年) | |  | (　　年) | |  | (　　年) | |
| 研修を受講することにより基準を満たす職名 | □　開設者　　　　　□　計画作成担当者 |