

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修受講申請書

市町村長 様

【受講希望者の所属する施設・事業所等の概要】

施設・事業所等所在地	
法人名	
施設・事業所等名及び代表者名	
連絡先の施設・事業所担当者名	
電話番号 (FAX番号)	()
Email アドレス	

以下の者について千葉県認知症対応型サービス事業管理者等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 歳	職 種	実践者研修 修了状況 ※1	身体介護に関する資格等の有無 (有・無に○を付す) ※2	身体介護業務の 通算経験年数	優先 順位
()	男・女 ……… 歳		済 未了	有 () 無	年	
	住所					

※1 旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）も含まれます。

※2 資格等が有の場合は、()内に資格等の種類（介護福祉士、ホームヘルパー○級、
○○研修修了等）を記載する。

一部免除の希望有無（認知症介護実践研修（実践者研修）の修了（予定）者のみ記入下さい。）

研修の一部免除	既受講済の認知症介護実践研修 (実践者研修)の状況
	年 月修了(予定)
希望する 希望しない	研 修 実 施 者
	(県・千葉市・その他 ())

千葉県認知症対応型サービス事業管理者等研修受講申請書

【グループホーム等開設予定者用】

市町村長 様

【受講希望者の所属する施設・事業所等の概要】

施設・事業所等所在地	
法人名	
施設・事業所等名及び代表者名	
連絡先の施設・事業所担当者名	
開設予定年月日	年 月 日
電話番号 (FAX番号)	()
Email アドレス	

以下の者について千葉県認知症対応型サービス事業管理者等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 歳	職 種	実践者研修 修了状況 ※1	身体介護に関する 資格等の有無 (有・無に○を 付す) ※2	身体介護業務の 通算経験年数	優先 順位
()	男・女 …… 歳		済 未了	有 () 無	年	
	住所					

※1 旧「痴呆介護実務者研修（基礎課程）も含まれます。

※2 資格等が有の場合は、()内に資格等の種類（介護福祉士、ホームヘルパー ○級、○○研修受講等）を記載する。

一部免除の希望有無（認知症介護実践研修（実践者研修）の修了（予定）者のみ記入下さい。）

研修の一部免除	既受講済の認知症介護実践研修 (実践者研修)の状況
希望する 希望しない	年 月修了(予定)
	研 修 実 施 者
	(県・千葉市・その他 ())

開設予定者とは、グループホーム等の開設が具体的に進んでいる事業所を指します。したがって、単に将来的に開設を考えているような事業所は、具体的にになった段階での申込をお願いします。