

2026年度 認知症対応型サービス事業開設者研修 受講申込書

記入例

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター  
福祉のまちづくり研究所長 様

申込日 2026 年 10 月 10 日

代表者・申込事務担当者

Table with columns for company name (社会福祉法人〇〇〇福祉会), representative (日本 一郎), and contact info (TEL: 078-0123-4567, FAX: 078-0123-5678).

※申込内容の確認等事務連絡がある時、代表者が直接ご対応頂く場合に限り事務担当欄は省略可

下記職員について、本研修の受講を申込みます。

※記入漏れ等の不備がある場合、選者の優先順位が下がる又は受講不可となる等の不利益が生じる場合があります。 > 『認知症介護研修の留意事項』 2項 参照

申込者（受講希望者）

Main applicant form including name (日本 三郎), birth date (昭和50年12月31日生), address (兵庫県 〇〇〇市 〇〇〇町), and service type (介護サービス事業本部).

取得資格 (取得資格番号 ③ ⑦) and 受講希望理由 (受講希望番号 ②) sections.

代表者となる事業所 (小規模多機能型居宅介護事業所) details including name, address, and establishment date (2027年4月1日).

現場体験 実習予定先 (小規模多機能型居宅介護事業所) details including service type and location.

研修センター 記入欄 ※記入しないでください

※代表者印欄・申込者本人印欄 共に要押印