様式３

研修受講申込書**（認知症対応型サービス事業開設者研修用）**

　　　　　 　　　　 　　　　 年 　　月　 　日

　一般社団法人宮崎県介護福祉士会　会長　殿

（　　　　　市町村長経由）

〒 －

主たる事務所の所在地

法人の名称・代表者の氏名

　このことについて、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受講者氏名 |  | 役職名 |  |
|  |
| 生年月日 |  大正・昭和・平成 　年 　月 　日 |
| 住　　所 |  〒 － |
| 代表者の区分(注1) |  １ 指定申請書に記載されている法人の代表者（開設者） ２ １以外の者で、法人の地域密着型サービス部門を代表する者**※２の場合には、必ず事業所所在市町村の了解を得ること。** |
| 申込担当者連絡先 | （〒 　 －　 ） 事業所住所： 事業所名・担当者名： 電話： |
| 受講決定通知及び修了書の送付先 | （〒 　 －　 ） 住所： 宛名（受講者名又は担当者名）： 電話： |
|  開設事業所の状況 （開設予定を含め開設している事業所を全て記入すること。） |
| 開設（予定）事業所名 | 開設市町村名 | 開設（予定）時期 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※ この研修は、基本的に法人の代表者が受講すること。受講希望者が地域密着型サービス事業部門の

担当役員など、法人の代表者と別の場合は、当該事業所所在の市町村の了解を得ること。

※ 新規開設については、開設場所、時期など具体的な計画（原則、２年以内の開設を予定しているも

のを目安とすること。）があり、設置所在の市町村と協議しているものについて記入すること。

※ 開設（予定）市町村を経由して提出すること。