【提出】事業所が所在する（所在予定）の市町村　**令和５年９月１日（金）**　※郵送必着

**令和５年度鳥取県認知症対応型サービス事業管理者研修　受講申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

法人・会社名

郵便番号・住所

電話・ＦＡＸ

メールアドレス

申込担当者名

※実施要領等をご確認いただき、下記にチェックをしてください。チェックがない場合は申込を受け付けできませんので御了承ください。

[ ] **「【別紙1】オンライン研修の受講について」を確認し、記載の注意事項等を遵守します。**

[ ] **申込人数が定員を超えた場合は、実施要領に記載のとおりの優先順位により受講者を決定します。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　名 | （所属事業所）事業所名・住所・電話番号 | 事業種別 |
| 1 | 氏名(ふりがな)生年月日Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日 | 所属事業所名等申込理由 | ①・②③・④⑤ |
| 2 | 氏名(ふりがな)生年月日Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日 | 所属事業所名等申込理由 | ①・②③・④⑤ |
| 3 | 氏名(ふりがな)生年月日Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日 | 所属事業所名等申込理由 | ①・②③・④⑤ |

※「事業種別」欄は、以下の種別より選び、「事業種別」欄の該当番号に○をして下さい。

①単独型・併設型指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所

②共用型指定（介護予防）認知症対応型通所介護事業所

③指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業所

④指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所

⑤指定看護小規模多機能型居宅介護事業所