【提出】事業所が所在する（所在予定）の市町村　**令和６年９月３０日（月）**　※郵送必着

**令和６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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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