平成　　年　　月　　日

平成 29 年度「認知症対応型サービス事業開設者研修」受講申込書

＊事業主体と、現在勤務している施設名の両方を記載してください。

事業主体（法人）　代表者名　　印

〔電話〕　　〔FAX〕

連絡担当者氏名 ／

施設・事業所　　所在地　〒

名称

〔電話〕　　〔FAX〕

◆申込者が自筆すること

ふりがな		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	年齢	歳	性別	男　女
氏 名							
役職名							
研修の受講目的							
（該当するものにレ印を付けてください。） ☐ 平成 29 年度にグループホーム等を開設し、その事業所の代表者となるため。 【就任予定の事業所種別　：　　】 ☐ 近日中に既設のグループホーム等の代表者となるため。 【就任予定の事業所種別　：　　】 ☐ その他（下記に具体的に記載のこと）							