【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開設者研修　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 |  | ①・②・③ |
| 2 | 氏名(ふりがな)  生年月日  Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日 |  | ①・②・③ |
| 3 | 氏名(ふりがな)  生年月日  Ｓ・Ｈ　　　年　　　月　　　日 |  | ①・②・③ |

※「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指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護代表者予定者

②指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護代表者予定者

③指定看護小規模多機能型居宅介護代表者予定者