【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

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