（別紙様式１）

令和　　年　　月　　日

　熊本県若年性認知症受入事業所等

支援業務実施者　様

法人所在地

法人名

　　法人代表者職・氏名

若年性認知症受入促進研修受講申込書

下記の事業所について、若年性認知症受入促進研修の受講を希望しますので、別表を添えて申込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．受講を希望する事業所名 |  |
| ２．事業種別 |  |
| ３．事業所所在地 |  |
| ４．事業所の管理者氏名 |  |

※同一法人で受講を希望する事業所が複数ある場合は、事業所ごとに提出ください。

【別表】＜令和　　年　　月　　日　現在＞

|  |
| --- |
| 受講を希望する研修（いずれかを○で囲んでください） |
| ・講師事業所内実習研修　　　　　・講師派遣研修（※）　　　　・どちらも（※） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名  【事業種別】 |  | | | | | | |
| 担当者 |  | | | | 連絡先 |  | |
| 研修参加者  （講師事業所内実習研修の受講希望者を記入） | 氏名 |  | | | 氏名 |  | |
| 資格 |  | | | 資格 |  | |
| 役職 |  | | | 役職 |  | |
| 研修修了状況 | □実践者研修  □実践リーダー研修  □指導者養成研修  □その他  　（　　　　　　） | | | 研修修了状況 | □実践者研修  □実践リーダー研修  □指導者養成研修  □その他  　（　　　　　　） | |
| 受講希望理由や本研修を通じて学びたいこと |  | | | | | | |
| 受入れにおける現在の課題 |  | | | | | | |
| 受講を希望する時期 | 令和　　年　　月　　上・中・下旬  ※詳細な日程は熊本県若年性認知症受入事業所等支援業務実施者（委託先）と協議。 | | | | | | |
| 事業所等の利用者数（登録者） | | | 人 | 左記のうち認知症の方の数  左記のうち若年性認知症の方の数 | | | 人　　　　　　　　　　　　人 |
| 介護職員（実人数） | | | 人 | 看護職員（実人数） | | | 人 |