

(様式1)

年 月 日

市町村の長 様

申請者所在地

法人名

代表者名

印

令和6年度第 回千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申請書

事業所所在地	
事業所名	
電話番号	
FAX番号	

以下の者について千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修の受講を申し込みます。

フリガナ 氏名 (生年月日)	性別 年齢	職種	備考
(年 月 日)	男・女 歳		
住所 〒			
事業所あて受講決定通知の送付先所在地 〒			

(様式2)

年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

市町村の長

千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講対象者について

このことについて、下記のとおり令和6年度第 回千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修の受講希望者を優先順位を付して推薦します。

なお、別紙のとおり千葉県認知症対応型サービス事業開設者研修受講申請書(写)を添付します。

	法人名	受講希望者名	受講希望者役職名	優先順位
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(様式3)

年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

市町村の長

推 薦 書

下記の者について、下記研修を受講させたいので、特段の配慮をお願いします。

受講させたい 研修	令和6年度第 回千葉県認知症対応型 サービス事業開設者研修		
推薦する者	氏 名		
	事業所名	住所 : 電話 : F A X :	
	経験年数		
	既に受講し た研修		受講年 次
			(年)
		(年)	
研修を受講す ることにより 基準を満たす 職名	<input type="checkbox"/> 開設者 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者		