

受付番号

## 認知症介護基礎研修実施法人 指定申請書

年 月 日

大阪府知事様

所在地

申請者

名称

大阪府認知症介護実践者等養成事業実施要綱第4条第1項に基づき、認知症介護基礎研修を実施する者の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 - 都道府県) 郡市 区			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名	フリガナ		
			氏名		
代表者の住所	(郵便番号 - 都道府県) 郡市 区				
	(ビルの名称等)				
指定を受けようとする研修事業		研修事業名称		開始(予定)年月日	
		認知症介護基礎研修			
研修教材作成時に監修した認知症介護指導者の氏名					
既に指定等を受けている研修事業等の名称					

## 備考

- 「受付番号」「事務所所在地市町村番号」欄には記載しないこと。
- 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入すること。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記載すること。
- 「既に指定等を受けている研修事業等の名称」欄は、既に指定等を受けている研修事業等について、記入すること。