

| | |
|------|--|
| 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 ー) 都 道 郡 市 府 県 区 (ビルの名称等) | | | | |
| | | 連絡先 | 電話番号 | | F A X 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 ー) 都 道 郡 市 府 県 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。