様式第１号

認知症介護基礎研修実施法人　指定申請書

年 月 日

　宮城県知事　様

所在地

申請者

名　称

　宮城県認知症介護基礎研修事業者指定実施要領第２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　　　　　　　郡市  府 県　　　　　　　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　　　　　　　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 | | | | |  |
| 既に指定等を受けている研修事業等の名称 | | | | | |  | | | |

備考

１　「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。

２　「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。

３　「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。

４　「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。