

令和5年度第（ ）回 認知症介護研修（基礎研修）

受講申込書

[申込日：令和5年 月 日]

ふりがな		年 齢	性 別	生 年 月 日
受講者氏名		歳	男 女	昭和 ・ 平成 年 月 日
取得資格等 (該当する番号をすべて○で 囲んでください。)	1 介護福祉士 2 介護職員初任者研修 3 訪問介護員（ 級） 4 介護支援専門員 5 理学療法士 6 作業療法士 7 看護師 ・ 准看護師 8 社会福祉士 9 介護福祉士実務者研修 10 その他（ ）			
介護業務従事年数	年 カ月（すべての施設・事業所等を通算してください。)			
勤務先名称		職 名	介護職員・ヘルパー等 必ずご記入ください。	
勤務先住所等	〒 TEL () - FAX () - e-mail :			
勤務先種別	1 老人保健施設 2 特別養護老人ホーム 3 グループホーム 4 デイサービス 5 小規模多機能ホーム 6 その他（ ）			
事務連絡担当者名	スクールバス乗車希望 (有 ・ 無)			

- ・ 受講者の氏名及び生年月日は、修了証書にも記載しますので、楷書で正確にお書きください。
- ・ 勤務先の e-mail は、研修に関する連絡、資料の送信に利用できるものにしてください。
- ・ 現在離職中の方は、勤務先住所等の欄に、ご自身の住所・連絡先をご記入ください。
- ・ 勤務先住所等欄にご記入いただいた住所に受講決定通知書を郵送いたします。