

令和 4 年度第 () 回 認知症介護研修 (実践者研修)

受 講 申 込 書

[申込日：令和 4 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 (該当する職種の番号をすべて○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 8 社会福祉士 9 医療ソーシャルワーカー 10 施設職員 11 生活相談員 12 その他 ()			
介護業務従事年数	年 月 (すべての施設・事業所等を通算してください。)			
現勤務先名称		職名	介護職員・ヘルパー等、必ずご記入ください。	
現勤務先住所等	〒 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 ()			
事務担当者氏名		スクールバス乗車希望 (有 ・ 無)		
認知症介護研修 (実践者研修) の受講生として上の者を受講させたく申し込みます。 法人名および施設 (事業所) 名 施設 (事業所) 長名 <div style="text-align: right; border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">公印</div> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実習を含めて全日程とも参加できる方をご推薦願います。 ・ 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、研修決定など連絡、資料の送信に利用できるものにしてください。 				