

令和4年度 第1回堺市認知症介護実践研修（実践者研修） 受講申込書

ふりがな 申込者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
職 種	介護職員・看護職員・生活相談員・介護支援専門員 機能訓練指導員・栄養士・その他（ ）	実 務 経験年数	年 ヶ月
取得している 資 格 等	介護福祉士・社会福祉士・介護職員初任者研修（ヘルパー2級）・介護福祉士実務者研修 介護支援専門員・看護師・その他（ ）		
法 人 名			
事 業 所 名	事務連絡ご担当者名（ ）		
施 設 種 別	特養・老健・有料・通所介護・通所リハ・訪問介護・訪問リハ・GH・小規模多機能 看護小規模多機能・その他（ ）		
事 業 所 所 在 地	〒 -		
事 業 所 電 話 番 号		F A X 番号	

第1回堺市認知症介護実践研修（実践者研修）を申し込みます。

年 月 日

（申込者氏名）

※同じ事業所で複数名申し込みをされる場合、以下に記入してください。

施設内優先順位

番目

推 薦 者

（法人・施設（事業所）名）

（代表者・施設長名）

- ※ 各施設（事業所）において、認知症介護の推進役となる方を推薦してください。
- ※ 本申込書は、郵送または持参にて、提出してください。
- ※ 実習も含めて全日程に参加することができる方を推薦してください。
- ※ 申込者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にご記入ください。