

令和8年度 第2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 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 電話番号	〒 — — TEL : — —			
緊急時連絡が とれる携帯番号	— —	メールアドレス		

第2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、大阪府社会福祉事業団へ郵送又は持参してください。（①郵送での申込）
- ※ インターネットでの申込は「申込フォーム」に情報を入力してください。（②インターネットでの申込）
- ※ 実習も含めて全日程に参加することが出来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。
- ※ 記載された個人情報、受講者の決定や修了証の作成等、本研修の円滑な運営のために使用します。
- ※ 申込が多数の場合は、抽選のうえ受講者を決定します。