

令和8年度 堺市病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修

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			
資 格	看護師・准看護師・産業看護師・保健師・産業保健師・歯科衛生士・ その他（ ）			
機 関 名 (法人名)				
事業所等名	事務連絡ご担当者名（ ）			
施設種別	診療所・歯科医院・特養・老健・有料・通所介護・通所リハ・訪問看護（介護） 訪問リハ・GH・（看護）小規模多機能・障がい者施設・こども園等・その他（ ）			
事業所等 所在地 電話番号	〒 — TEL : — —			
緊急時に連絡が とれる携帯番号	— —	メー アド レス		

同じ事業所で複数名の申し込みをされる場合、優先順位を記入してください。

施設内優先順位

番目

- ※ 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)
- ※ **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。

【申込・お問合せ先】

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団
堺市認知症介護実践研修等事務局
〒562-0012 大阪府箕面市白島三丁目 5-50
Tel: 072-724-8167 Mail: ninken@osj.or.jp