医療従事者(1 日目のみ)

令和８年度 堺市病院勤務の医療従事者向け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		
役職	（補佐的な配置も含めてください。） 看護主任・看護師（役職なし）、准看護師（役職なし）・ その他（　　）	実務経験年数	年　　ヶ月
その他の資格（福祉系）	介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・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・その他（　　）		
医療機関名	事務連絡ご担当者名（　　）		
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	―　　―

※同じ医療機関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。

医療機関内等の優先順位 [　　] 番目

推薦者

（医療機関名）

（代表者名）

※ 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は、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