



FAX: 078-361-2880

2024年度 認知症介護基礎研修 受講申込書

フリガナ			受講希望回	第1回・第2回
氏名	⑩			
生年月日	昭和 平成	年 月 日 (才)	性別	男・女
職種・役職	介護実務経験年数		年 ヶ月	
取得している資格等	介護福祉士・社会福祉士・訪問介護員1級・訪問介護員2級・看護師・その他 ( )			
法人名	フリガナ			
事業所名	フリガナ			
所在地	〒 -			
電話番号			FAX番号	
事務連絡担当者名				

- ※ 受講者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にお書きください。
- ※ 本申込書は、FAX送信の上、原本を郵送にてお送りください。
- ※ 現在離職中の方は、ご自身の住所、連絡先をお書きください。
- ※ 所在地の住所に受講決定通知書を郵送致します。  
(受講決定通知書に振込先を載せておりますので期日までにご入金をお願いします。)

本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規定に則り適正な管理を行い、県の指定に係る本研修事業の実施及び認知症介護研究・研修センター（東京・仙台・大府）が実施する認知症介護実践者等養成研修事業に関する業務以外に使用することは致しません。