

2024年度 認知症介護実践者研修 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 ()			
事業所名	フリガナ			
所在地	〒 —			
電話番号			FAX 番号	
メールアドレス				
事務連絡 担当者名				

認知症介護実践者研修の受講生として上記の者を受講させたく申し込みます。

年 月 日

{法人・施設(事業所)名}

{施設(事業所)長名}

公印

- ※ 各施設（事業所）等において、認知症介護の推進役となる方のご推薦をお願いします。
- ※ 実習も含め全日程とも参加できる方をご推薦願います（遅刻・早退も不可）。
- ※ 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。