

令和 2 年度 認知症介護基礎研修受講申込書

令和 年 月 日

(法 人 名)

(事 業 所 名)

(代表者名・印)

印

(事務連絡担当者:

TEL:

)

(E-mail:

)

次の職員について、令和 2 年度 認知症介護基礎研修の受講を申込みます。

受講希望者氏名	ふりがな (男・女)
	氏名
生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
所属事業所名	
所属事業所所在地	〒
	佐賀県
	TEL: FAX:
	E-mail:
所属事業所種別	1. 介護老人福祉施設(地域密着含む) 2. 介護老人保健施設 3. 通所介護(小規模通所介護含む) 4. 通所リハビリテーション 5. 特定施設入居者生活介護 6. 認知症対応型通所介護 7. 小規模多機能型居宅介護 8. 認知症対応型共同生活介護 9. その他()
取得している資格 (該当に をつける)	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 訪問介護員 1 級 4. 訪問介護員 2 級 5. 看護師・准看護師 6. 介護支援専門員 7. その他() 8. 資格なし
介護職経験年数 (令和 2 年 9 月末現在)	1. 6 か月未満 2. 6 か月～1 年未満 3. 1～2 年未満 4. 2～5 年未満 5. 5～10 年未満 6. 10 年以上
受講希望する回	第 回

* 該当回研修に終日参加できる方の申込をしてください。

* 申込締め切り前でも、受講申込者が定員に達した場合、受付を締め切ります。あらかじめご承知おきください。受講の可否については、メール等にてご連絡させていただきます。

* 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基づき、適正な管理を行い、本研修に関する業務以外に使用することはいたしません。