

↑ FAX 送信方向 ↑

令和 年 月 日

## 令和 3 年度 認知症介護基礎研修 受講申込書 (1 回～5 回)

集合研修

送信先 (FAX) : 0 5 2 - 2 0 2 - 8 2 8 0

Zoom での受講をご希望の方は FAX でなく、会のホームページからお申込みください。

フリガナ		男	生	昭和	※大きく (フォント大きく) わかりやすい文字で
名 前	※大きく (フォント大きく) わかりやすい文字でご記入下さい。	・	年	平成	年 月 日
	月 日				
自宅住所	〒 ー 電話番号				
携帯番号		現在の職種			
お持ちの資格	○をつけてください。 介護福祉士・ヘルパー 2 級・実務者研修修了・特になし				
経験年数	年 ヶ月 (申請日現在)				
事業所名					
該当する サービス種別 に○を付けて 下さい。	( ) 居宅サービス (訪介・訪看・定期巡回・訪入・訪リハ・居宅) ( ) 通所サービス (デイ・通所リハ・ショート) ( ) 施設サービス (特養・老健・療養型・特定施設) ( ) 小規模多機能 ( ) 看護小規模 ( ) グループホーム ( ) 地域密着型特養 ( ) その他 ( )				
事業所住所	〒 ー 電話番号 FAX 番号 担当者名				

下記の希望する日にちに一つ○をつけてください。

	月 日	会 場	募集開始	申込期限
	令和 3 年 10 月 19 日 (火)	ウインクあいち	8 月 1 日 (日)	受付終了
	令和 3 年 11 月 7 日 (日)	高年者センター岡崎	8 月 1 日 (日)	受付終了
	令和 3 年 11 月 24 日 (水)	ウインクあいち	8 月 1 日 (日)	受付終了
	令和 3 年 12 月 9 日 (木)	ウインクあいち	8 月 1 日 (日)	受付終了
	令和 4 年 1 月 13 日 (木)	ウインクあいち	8 月 1 日 (日)	12 月 10 日 (金)

本研修の受講を申し込みます。

令和 年 月 日

施設名

所属長名

※個人情報保護のため、本研修以外に使用しません。受講決定通知書は、事業所へ送付させていただきます。