

↑ 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）：052-202-8280

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 ・ 女	生年月日	昭和 平成	※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 月 日
自宅住所	〒 一 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 ケ月	(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	〒 一 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。