

社会福祉法人
島根県社会福祉協議会会長 様

所属(施設、事業所)名

所属長(施設長、管理者)名

㊟

令和 2 年度 島根県認知症介護基礎研修 受講申込書

このことについて、下記の職員を研修生として、開催要項の注意事項について了承、同意のうえ受講を申込みます。

受講回・会場	第()回 ()会場	
ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
経験年数	年 ヶ月 ※他事業所の経験も含む	
職名		
資格等 (該当する番号に○ をしてください)	1 介護福祉士 2 介護支援専門員 3 看護師・准看護師 4 訪問介護員()級 5 実務者研修 6 初任者研修 7 資格なし 8 その他()	
勤務先事業所等	法人名	
	事業所名	
	事業所種別 (該当する番号に○を してください)	1 認知症対応型共同生活介護 2 (認知症対応型)通所介護 3 訪問介護・看護 4 (看護)小規模多機能型居宅介護 5 介護老人福祉施設 6 介護老人保健施設 7 その他()
	住所	〒 -
	事業所 TEL	
優先順位		同一事業所で複数お申込みの場合は必ずご記入ください
申込内容の問合せ先	担当者氏名:	
	TEL:	FAX: