

平成30年度 認知症介護基礎研修 受講申込書

下記注意事項を承諾のうえ、受講申し込みいたします。

(公財)長崎県すこやか長寿財団理事長 様

平成 年 月 日

【注意事項】

- ①研修の目的が達成されないと判断された場合や、遅刻、早退があった場合は、修了を見合わせていただくことがありますのでご注意ください。
- ②受講申込は、必ず介護保険施設・事業所等の長を通して提出して下さい。
- ③申込期間外の申込は、無効とします。

チェック欄	
-------	--

受講希望研修	第 回 認知症介護基礎研修
--------	----------------------

施設・事業所

事業所区分 (いずれかを○で囲む)	(居宅)・訪問介護・通所介護・(予)短期入所・(予)特定施設 (密着)・定期巡回・夜間訪問・認知通所・小規模多・認知共同・密着老福施設・看護小規模 (施設)・老福施設・老健施設・介護療養・その他()									
事業所番号	4	2								
指定事業所名称										
所在地	〒									
電話番号										
FAX 番号										

研修受講者

ふりがな	姓	名								
氏名	(男 ・ 女)									
生年月日	昭和	・	平成	年	月	日				
職名										
経験年数	年				か月					