

令和3年 ●月 ●日

記入見本

令和3年度 認知症介護基礎研修 受講申込書
【〇〇コース・〇回目】

申込書を記入した日を
記入してください

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会長 あて

施設・事業所名 特別養護老人ホーム 〇〇 施設長の印

代表者名 施設長 滋賀 太郎 印

施設・事業所の代表者名と印をお願いします

(ふりがな) 氏名	生年月日	職種	介護職としての 経験年数
(くさつ はなこ) 草津 花子	昭和 2年4月1日 平成	介護職	1年 0ヶ月
※ 修了証書に記載されますので、お間違いのないよう お願いいたします。 お名前前の漢字、生年月日に誤りが多いため、ご注意くださいようお願いいたします			
所属	法人名	社会福祉法人 ■■■■	
	事業所名	特別養護老人ホーム 〇〇	
事業種別	【該当する所に○をしてください。】 [介護保険] 特養 老健 療養型 介護医療院 通所介護 通所リハ 訪問介護 訪問看護 特定施設 ショートステイ グループホーム 小規模多機能 認知症デイ 看護小規模多機能 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 その他() [介護保険以外] サ高住 医療保険適用病院(病棟)		
所属先	住所	(〒 527-0864) 草津市笠山7丁目8-138	
	TEL	077-567-3927	FAX 077-567-3910

修了証書に記載されます

受講決定通知等をお送りします

名簿管理に使用します

上記、内容に相違ありません。(受講予定者本人が自署してください。)

年 月 日

氏名

上記に誤りがないことを確認し(特にお名前前の漢字、生年月日)、受講を希望されるご本人が記入日とお名前をご記入ください

- ※ 申込書に記載された個人情報については本研修以外での使用はしません。
- ※ 受講決定(可否)については、お申込みいただいた方全員に、通知します。
連絡先はお間違いのないようご記入ください。

※ この申込書は、FAXでは受け付けません。郵送でお申し込みください。

受講申込期限 : 〇月〇日(〇)必着

※定員を超えるお申込みがある場合は、申込期間内でも募集を終了させていただきます。

FAXでは受け付けておりませんので、郵送またはご持参(月~金 9:00~17:00)でお申込みをお願いします