

令和3年度 認知症介護基礎研修 受講申込書
【オンライン1 6月1日(火)】

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

代表者名



(ふりがな) 氏名		生年月日		職種	介護職としての 経験年数
()		昭和 ・ 年 月 日 平成			年 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。					
所 属	法人名				
	事業所名				
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 GH 小規模 認知症デイ 複合型 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	(〒)			
	TEL		FAX		
	※記載いただいたFAX番号へ受講決定通知書を送信します。				
◎インターネット環境について確認します。該当するものに☑をしてください。					
<input type="checkbox"/>	受講者は実施要領(オンライン)にある「6.受講要件」を満たしています。				
<input type="checkbox"/>	受講時は パソコン を使用します。				
<input type="checkbox"/>	受講時は タブレット を使用します。				

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

※ 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。

連絡先はお間違え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 : 4月20日(火)