

## 受講申込書

下記のとおり平成28年度認知症介護基礎研修の受講を申し込みます。

## 受講申込法人

所在地住所	〒		
法人名称			
代表者職氏名	印		
申し込み担当者氏名			
電話番号		FAX番号	
開設準備中の場合	電話番号	FAX番号	

代表者職氏名の印は、代表者の個人印ではなく、施設又は法人の代表者印を押印してください。

## 1 受講を希望する職員の氏名

(フリガナ)	
氏名	

生年月日

昭和 ・ 平成 年 月 日

氏名・生年月日は修了証書に記載しますので、正確に記載してください。

基礎資格

現在の職名

認知症高齢者介護業務の実務経験年数(研修開始月現在)

年 ヶ月

認知症介護実践者研修の受講

受講を予定している

受講を予定していない

## 2 受講希望会場 希望会場をチェック願います

<input type="checkbox"/>	平成28年12月16日(金) 三重県松阪庁舎 大会議室(松阪市高町138)
<input type="checkbox"/>	平成29年1月12日(木) 三重県四日市庁舎 大会議室(四日市市新正4丁目21-5)

## 3 受講希望職員の勤務する施設、事業所

所在地	〒
施設名(事業所名)	

4 同一施設・事業所から2人以上申し込みする場合は、優先順位をご記入ください。

 順位

本申込書等に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規程により適正な管理を行い、本研修の実施に関する業務以外には利用しません。

受講申込にあたっては、個人情報の利用について、必ず受講希望者本人の同意を得てください。希望者が複数の場合は、この用紙をコピーして使用してください。