**社会福祉法人渓仁会**

**2021年度認知症介護基礎研修**

**受講申込書**

**第2回研修＜ 10月29日（金）実施 ＞の受講を申し込みます 。**

**※申込み締切日：2021年10月8日（金）**

申込日：2021年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 保　有　資　格 | |
| 氏　名 |  | | □介護福祉士  □ホームヘルパー（1級・2級）  □介護職員初任者研修  □介護福祉士実務者研修  □看護師　　□介護支援専門員  □社会福祉士  □その他（　　　　　　 　　）  □資格なし | |
| 性　別 | 男　　　・　　　女 | |
| 生年月日 | 昭和  平成　　　年　　　月　　　日（満　 歳） | |
| 介護職  経験年数 | 年　　　　　ヶ月 | |
| 法人名 |  | | | |
| 事業所名 |  | | 連絡  担当者名 | ※本人以外の場合、ご記入ください |
| 事業所  所在地 | （〒　　　－　　 　） | | | |
| 事業所  電話番号 |  | ＦＡＸ |  | |
| サービス  の種類 | □介護老人福祉施設　　　　□介護老人保健施設（老健）  □介護療養型医療施設 □特定施設入居者生活介護  □短期入所療養介護 □訪問介護  □通所介護 　　　　 □通所リハビリテーション  □居宅介護支援 　　　　 □小規模多機能型居宅介護  □認知症対応型通所介護 □認知症対応型共同生活介護（グループホーム）  □夜間対応型訪問介護 □短期入所生活介護  □訪問看護　　 　　□看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　）  ※複数のサービスに従事している場合は、主に従事しているもの１つについてご記入ください | | | |

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

※ 事業所以外に受講証の送付等を希望される方は下記に記載ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自宅住所 | 〒 | | |
| 連絡先  電話番号 |  | ＦＡＸ |  |

お申し込みＦＡＸ番号：011-640-6768

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380