

受講希望順位	
--------	--

研修受講申込書(認知症介護基礎研修用)

年 月 日

一般社団法人宮崎県介護福祉士会長 殿
(所属事業所等の長)
職・氏名

次の者について、年度認知症介護基礎研修を受講させたいので、次のとおり申込みます。なお、認知症介護の実務経験については、下記のとおりです。

(ふりがな)		男		(〒 -)
受講者氏名		女	住 所	
生年月日	昭和・平成 年 月 日		電話	
所 属 施 設 ・ 事 業 所 の 状 況				
法人名		施設の種類	GH 小多機 認知症 特養 老健 その他()	
施設・事業所名				
施設・事業所の住所	(〒 -)	担当者名		
		電話		
		FAX		
受 講 者 の 資 格 等				
国家資格等 (該当する資格等に0を)	社会福祉士・介護福祉士・看護師・准看護師・介護支援専門員・ヘルパー()級・ その他の資格(資格名:)			
認知症介護 実務経験 職 歴	期 間	通算期間	勤務先	職務内容
	年 月 ~ 年 月	年 月		
	計 年 月の実務経験			※ 行不足の場合は別紙添付
受 講 希 望 の 研 修 日 程				
希 望	研 修 日 程			
第1希望	第 回 (年 月 日)			
第2希望	第 回 (年 月 日)			

- ※ この基礎研修は、認知症介護に関する基礎的な知識及び技術を修得するための研修です。
- ※ 同一事業所(法人)で複数名希望する場合は、受講希望順位の欄に優先順位を記入してください。