

令和2年度認知症介護基礎研修 受講申込書

施設種別 該当する種別を で囲んでください。
 特養・老健・療養・GH
 デイ・認知症デイ・特定施設
 小規模・看護小規模
 その他()

法人名 _____

施設名 _____

担当者名 _____

〒 -

住所 _____

T E L () -

F A X () -

研修期日

A日程 令和2年11月25日(水)

B日程 令和2年12月2日(水)

希望日程 いずれか に印	ふりがな 氏名	生年月日 修了証書に記載します	職種 / 経験年数
A・B		昭和・平成 年 月 日	職種() 経験年数(年 ヶ月)

経験年数は令和2年11月1日現在で記入してください。

定員になり次第、締め切らせていただきます。定員超過等で日程変更や受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡します。

2名以上の申込みをされる場合は、本申込書をコピーして使用してください。

福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先
 ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。

(- -)

研修に参加して、特に学びたい・知りたいと思っていることはどのようなことですか。
 簡潔に記入してください。(Web申込の場合は、備考欄に記入してください。)