

## 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<br>いずれか<br>に印 | ふりがな<br>氏名 | 生年月日<br>修了証書に記載します | 職種/経験年数              |
|--------------------|------------|--------------------|----------------------|
| A・B                |            | 昭和・平成<br>年 月 日     | 職種( )<br>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。)