

【様式1】

一般社団法人 新潟県老人福祉施設協議会
平成 30 年度 認知症介護実践者研修

受講申込書

一般社団法人 新潟県老人福祉施設協議会 会長 宛

平成 年 月 日

受講希望者
写真貼付
4.0 cm × 3.0 cm

(写真の裏に事業
所名と氏名記入)

施設・事業所名	
施設長名	(印)
連絡担当者 職・氏名	

【受講者】

ふりがな			性別	男	・	女
氏名			生年月日	昭和 平成	年	月 日
所 属	事業所種類					
	名称					
	事業所番号					
	本会加入状況	<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員 (□に✓印を付けてください。)				
	現在の職名					
	所在地	〒				
	E-Ma i l					
	T E L			F A X		
認知症介護 実務経験	期 間	通算期間	施設・事業所名			
	昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	年 ヶ月				
	昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	年 ヶ月				
	昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	年 ヶ月				
	昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月	年 ヶ月				
	昭・平 年 月 ~ 研修受講月	年 ヶ月				
受講理由 (※1)						
主な資格 (※2)	取 得 年 月	免 許 ・ 資 格				
	昭・平 年 月 日					
	昭・平 年 月 日					
	昭・平 年 月 日					

※1 受講を希望する特別な事情なども記入してください。

※2 修了した認知症介護研修等の研修名・修了年月日、取得した資格名、取得年月日などを記載してください。

《 記載漏れや誤りの無いようご確認の上、郵送でお申込みください。 》