（様式１）

　　　　　　　社会福祉法人静岡県社会福祉協議会

2019年度　認知症介護**基礎研修**　受講申込書

2019年　　月　　日

法人所在地

　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業書名

　　　　　　　　　　　　公印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属施設･事業所 | 事業所名 |  | 事業所所在地 | 〒 |
| 電話番号  FAX番号 | （　　　）  　　　（　　　） | 施設又は介護サービス種類 |  |
| 本研修受講希望理由 |  | | |
| 本研修申込みの事務担当者名 | | ＴＥＬ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者① | ふりがな |  | 受講希望会場 | 第1希望 | | 第2希望 | |
| 氏名 |  |  | |  | |
| 生年月日 | 昭和  平成　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男・女 | 職種 | |  |
| 認知症介護等業務経験年数 | 年　　　月  (申請日現在) | 資　　格 |  | | | |
| 受講希望者② | ふりがな |  | 受講希望会場 | 第1希望 | | 第2希望 | |
| 氏名 |  |  | |  | |
| 生年月日 | 昭和  平成　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男・女 | 職種 | |  |
| 認知症介護等業務経験年数 | 年　　　月  (申請日現在) | 資格 |  | | | |

**※　受講希望者1名につき、１枚の返信用封筒(82円切手添付)を同封して申し込んでください。**

※　受講希望者が複数の場合は、推薦順位の高い方から記入してください。