

令和 7年度 認知症介護基礎(集合研修) 受講申込書

有限会社 RAIMU 代表者様

下記注意事項を承諾のうえ、受講申込いたします。

【注意事項】

- ① 受講申込は、必ず介護保険施設・事業所等の長を通して提出してください。
- ② 受講決定通知書は代表メールアドレスへ送付いたします。正確にご記入ください。
- ③ 申込期間外の申込は無効とします。

		申込日	令和	年	月	日
受講希望研修 (受講希望回数に○)	認知症介護基礎研修 ・()第1回長崎 ・()第2回諫早					

施設・事業所

設置機関名(法人名) (社会福祉法人〇〇会等)							代表者名				
設置機関住所	〒										
事業所番号	4	2									
事業所種別 (いずれかを○で囲む)	(居宅)・訪問介護・通所介護・短期入所・特定施設 (密着)・定期巡回・夜間訪問・通所介護・認知通所・小規模多・認知共同・密着老福施設・看護小規模 (施設)・老福施設・老健施設・介護療養 (医療系及びその他)・介護医療院・その他【 】										
事業所名											
事業所管理者名											
メールアドレス記入例	(ヨミガナ) アルエイエイムユー ハイフン シーエーアルイー アットマーク エイチイーアルビデー ドット オーシーエヌ ドット エヌイー ドット ジェービー raimu-care@herb.ocn.ne.jp										
決定通知書 添付用 メールアドレス	(ヨミガナ)										
事業所所在地	〒										
電話番号					FAX 番号						

受講希望者

フリガナ		生年月日	
氏 名		昭和 ・ 平成	
		年	月 日(歳)
職 名		経験年数	年 ヶ月

※申込日他、記入漏れがないかご確認の上送信してください。