

平成28年度 北海道老人福祉施設協議会 認知症介護基礎研修 受講申込書

平成28年 月 日

北海道老人福祉施設協議会 会長 あて

法人名

施設(事業所)名

施設(事業所)長

㊞

標記について、下記とおり受講を申し込みます。

1. 事業所	名称		電話番号	
	所在地		FAX番号	
	介護保険 事業所番号		会員区分	老施協 ☐ 会員 GH協会 ☐ 会員 ☐ 非会員
2. 受講者氏名	フリガナ			性別
				☐ 男 ☐ 女
3. 受講者生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)			
4. 受講者職種	※「介護職員」等、現在の施設・事業所での職務内容がわかるように記載してください。			
5. 受講者所有資格				
6. 実務経験 ※介護サービス等の直接的な援助や、相談・援助業務の実務経験年数を記入してください。	合計 年 ヶ月			
	施設・事業所名	期間	業務内容	年月数
		年 月～ 年 月		年 ヶ月
		年 月～ 年 月		年 ヶ月
7. 受講理由				

※該当する項目の□に✓をつけてください。

※修了証書に記載しますので、氏名と生年月日は正確に記入してください。(例: 齋藤、山崎、等)