

北海道デイサービスセンター協議会令和3年度認知症介護基礎研修

第 回 会場 受講申込書

年 月 日

北海道デイサービスセンター協議会 会長 あて

法 人 名
 法人代表者氏名
 施 設 名
 施 設 長 名

公印

標記について下記の通り、研修受講を申し込みます。また、下記は記載のとおりであることを証明します。

◎必要事項ご記入のうえ☑か○をつけてください。

会 員	<input type="checkbox"/> 北海道デイサービスセンター協議会 <input type="checkbox"/> 北海道老人福祉施設協議会	<input type="checkbox"/> 北海道認知症グループホーム協会
非会員	<input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅事業所 <input type="checkbox"/> その他()	

受講理由					
ふりがな			職 種		
氏 名	男・女	生年月日	昭和・平成	年	月 日(歳)
		施設・事業所住所		〒	
法人名 会社名			TEL		
施設・ 事業所名			FAX		
主な職歴	期 間	通算期間	事業所名	事業種別	職務内容
	年 月～ 年 月	年 ヶ月			
	年 月～ 年 月	年 ヶ月			
	年 月～研修受講日	年 ヶ月			
○認知症介護業務に従事した年数及び職歴をご記入下さい。 合 計 年 ヶ月 (研修受講日まで)					
主な資格 複数可	①なし ②介護支援専門員 ③介護福祉士 ④社会福祉士 ⑤精神保健福祉士 ⑥保健師 ⑦看護師 ⑧准看護師 ⑨訪問介護員 ⑩ホームヘルパー ⑪理学療法士 ⑫作業療法士 ⑬言語聴覚士 ⑭その他()				