⇒

ＦＡＸ：０１１－２０４－７３１２

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会　２０１９年度 認知症介護基礎研修

**第　　回　受講申込書**

北海道認知症グループホーム協会　会長　あて

法人名

事業所（施設）名

事業所（施設）長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**印**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会 員 区 分 | 会員 | □GH協（グループホーム）　　　　　　　□GH協(賛助)(　　　　　　　　　　　　)　　□デイ協（デイ・認知症対応型デイ）　　□老施協 |
| 非会員 | □グループホーム　□デイ　□認知症対応型デイ　□小規模多機能型居宅介護事業所　□看護小規模多機能型居宅介護事業所　□特養　□老健　□訪問介護・看護　□その他（　　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所・施設 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　連絡担当者名： |
| 緊急連絡先 | TEL：　　　　　　　　　　　　FAX：　　　　　　　　　連絡担当者名： |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　講　者 | ① | ふりがな |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和 | 年　　　　月　　　　日 |
| 平成 |
| 職　　種 |  | 経験年数 | 年　　　　ヶ月 |
| ② | ふりがな |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和 | 年　　　　月　　　　日 |
| 平成 |
| 職　　種 |  | 経験年数 | 年　　　　ヶ月 |
| ③ | ふりがな |  | 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 昭和 | 年　　　　月　　　　日 |
| 平成 |
| 職　　種 |  | 経験年数 | 年　　　　ヶ月 |

【注意事項】

緊急連絡先：災害等で研修日程が急遽変更・中止になる場合等に使用いたします。

法人や事業所の連絡先をご記入願います。

職　　種　：介護職、看護職、リハ職、相談職、ケアマネ　等。

経験年数　：現在勤務の職種における合計の勤務経験年数をご記入ください。

その他　　：・必要事項をご記入、もしくは✓をつけてください。必ず全項目記載し、押印もお願いいたします。

・不実または錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。

　　　　　　　・用紙が不足の場合はコピーしお使いくださいますようお願いいたします。