

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会 2020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 \_\_\_\_\_ 公印

会員区分	会員	<input type="checkbox"/> GH協（グループホーム） <input type="checkbox"/> GH協（賛助）（                      ） <input type="checkbox"/> デイ協（デイ・認知症対応型デイ） <input type="checkbox"/> 老施協
	非会員	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 認知症対応型デイ <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> 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 平成	年 月 日
		職種	経験年数	年 月	
	②	ふりがな	性別	男 ・ 女	
		氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
		職種	経験年数	年 月	
	③	ふりがな	性別	男 ・ 女	
		氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日
		職種	経験年数	年 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いただきますようお願いいたします。