


 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 2021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	〒 _____		
	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・平	年	月 日
		職 種		経験年数	年 ヶ月		
		携帯電話					
	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 ヶ月		
		携帯電話					
	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 ヶ月		
		携帯電話					

【注意事項】

- 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。