

[ 別 紙 ]

# 令和3年度 認知症ケア研修（初級編）受講申込書

富山県福祉カレッジ 宛

FAX 076-432-6516

令和 年 月 日

勤務先	法人名				
	施設名				
	連絡先	郵便番号	〒 _____	—	
		住所	_____		
		TEL( _____ )	—	/ FAX( _____ )	—
	担当者				

受講希望者	(ふりがな) 氏名	( _____ )		
	職名			
	資格 (お持ちの場合)			
	介護・福祉 職歴〈通算〉 (令和3年1月1日現在)	年 月	うち、認知症 ケア従事期間	年 月
	本研修への参加について該当するものに☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 所属の上司等からの指示で参加（職務命令、経費等は所属負担） <input type="checkbox"/> 自己研鑽の一環として自ら進んで参加（経費等は所属負担） <input type="checkbox"/> 自己研鑽の一環として自ら進んで参加（経費等は自己負担） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

※受講決定は、上記記載の連絡先住所へ郵送します。

※ 申込締切・・・令和4年1月14日（金）