令和７年度 認知症ケア研修 受講申込書

富山県福祉カレッジ　田中 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 | 氏　　　名 | **（ ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）** |
| 職　　　名 |  |
| 資　　　格（お持ちの場合） |  |
| 介護・福祉職歴〈通算〉**（令和７年6月１日現在）** | 　　　　　　年　　　ケ月 | うち、認知症ケア従事期間 | 　　　　　　年　　　ケ月 |
| 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 | □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）□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）□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）□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７年６月13日（金）**