令和元年度　認知症ケア研修（初級編）受講申込書

勤務先	法　人　名	
	施　設　名	
	連　絡　先	【住所】 〒　　－ TEL（　　）　　－　　FAX（　　）　　－ Email：
	記　入　者	

受講希望者	（ふりがな） 氏　　名	ふりがな（　　）		
	職　　名			
	資　　格 （お持ちの場合）			
	介護・福祉 職歴〈通算〉 （令和元年10月31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（　　）		

令和元年10月21日（月）必着でお願いします。

FAX:076－432－6516

富山県福祉カレッジ　教務部（担当:田中）行

◎福祉カレッジのホームページからもお申込みできます（予め利用者登録が必要です。）

申込みページ： https://www.toyama-shakyo.or.jp/sslforms/tfcollege-tr.php

申込み入力に当たっては、職名、資格、福祉業務従事歴を「その他」欄に入力してください。

利用者登録ページ: https://www.toyama-shakyo.or.jp/sslforms/tfcollege-client.php