平成３０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	氏（し）　名（めい）			
	職　　名			
	資　格 （お持ちの場合）			
	介護・福祉 職歴〈通算〉 （平成30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☑	□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（　　）		

平成30年11月2日（金）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