

平成30年度 認知症ケア研修（応用編）受講申込書

富山県福祉カレッジ学長 宛

FAX 076-432-6516

申込み日 平成31年 月 日

勤 務 先	法人名			
	施設名			
	連絡先	郵便番号	〒 _____	
		住 所	_____	
		TEL (_____)	—	
		FAX (_____)	—	
	記入者			

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 H31年1月1日現在	年	ヶ月	認知症ケア 従事期間	年	ヶ月
	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（ _____ ）				

※ 申込み締切日・・・平成31年2月13日（水）