様式１－② 手書用

2021年度〔第　　回〕認知症介護実践研修（実践者研修）受講承諾書

※受講希望回を必ず記入

申込日	年　　月　　日

兵庫県社会福祉事業団　総合リハビリテーションセンター
福祉のまちづくり研究所長　様

代表者

会社・病院等法人名					代表者印
代表者	役職		氏名		印

申込責任者及び申込事務担当者　※申込責任者は、原則として申込者の勤務する法人の所属長

部署・施設・事業所名					申込責任者印
申込責任者（現所属長等）	役職		氏名		印
事務担当※	所属役職等		氏名		
連絡先	TEL（日中）	－　　－	FAX	－　　－	

※申込内容の確認等事務連絡がある時、所属長が直接ご対応頂く場合に限り事務担当欄は省略可

下記職員が本研修を受講することを承諾します。

申込者（受講希望者）

ふりがな			性別	生年月日		年齢	申込者本人印
氏　名	（姓）	（名）	男 女	昭和 平成　年　月　日生		歳	印
現 勤務先	施設・事業所名			職　名 ※必ず記入			
※申込時点での所属先情報を記入 受講時と変わる場合は要連絡	所在地	〒　－		都道府県	市町		
※ご自宅の住所及び連絡先の記載は不要	連絡先	TEL	－　　－	FAX	－　　－		
【職名記入例】管理者・計画作成担当者・ﾕﾆｯﾄﾘｰﾀﾞｰ・介護職員等	サービス種別	該当する主なものを下から1つ選び番号を右に記入して下さい（その他の場合はサービス種別名を記載） ① 特別養護老人ホーム ② 介護老人保健施設 ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ④ 小規模多機能型居宅介護事業所 ⑤ 認知症対応型通所介護事業所 ⑥ 通所介護事業所 ⑦ 居宅介護支援事業所 ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ⑨ 特定施設入居者生活介護事業所(介護付有料老人ホーム等) ⑩ その他				サービス種別番号	
		サービス種別名（⑩その他の場合のみ）					

研修センター記入欄 ※記入しないでください	

※申込責任者（勤務する法人の所属長等）と申込者が同一人物の場合は受講不可

※代表者印欄・所属長印欄・申込者本人印欄　共に要押印