

2021年度〔第 回〕認知症介護実践研修（実践リーダー研修）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 市 府 県 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・ エッセイター・ 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）					サービス種別番号
		① 特別養護老人ホーム ⑥ 通所介護事業所 ② 介護老人保健施設 ⑦ 居宅介護支援事業所 ③ 認知症対応型共同生活介護事業所 ⑧ 看護小規模多機能型居宅介護事業所 ④ 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） ⑤ 認知症対応型通所介護事業所 ⑩ その他					
		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