

2023年度〔第

回〕

- ☐【1】認知症介護実践研修(実践者研修)
- ☐【2】認知症介護実践研修(実践リーダー研修)
- ☐【3】認知症対応型サービス事業開設者研修
- ☐【4】認知症対応型サービス事業管理者研修
- ☐【5】小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

訂正依頼届

※研修名をチェックすると共に、受講希望回を必ず記入

記入日	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
					印
代表者	役職		氏名		

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 かつ 申込時と同じ方

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

下記職員の情報に誤りがあったため、訂正依頼を届け出します。

申込者（受講者）

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
施設・事業所名						
修正項目 (申込書にある 項目を記入)						
訂正前						
訂正後						
訂正理由						
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