令和２年度　認知症ケアセミナー　受講申込書

※この用紙に直接記入し、郵送にてお申込み下さい。太枠内は全ての必須項目です。

ふりがな		性別　：　男　・　女	
氏　名		年代	20代・30代 40代・50代 60代・70代
職　種	※当てはまる職種にチェックを付けてください。 ☐介護福祉士　☐社会福祉士　☐医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ　☐介護支援専門員 ☐訪問介護員　☐保健師　☐看護師　☐その他（　　）		
経験年数	現職種での経験年数　　年　　ヶ月		
勤務先名称等	種別：病院、特養、老健、ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ、小規模多機能型居宅介護事業所、通所介護事業所、居宅介護支援事業所、訪問介護、訪問看護、障害者支援施設、行政、その他（　　） 名所：		
勤務先・または自宅住所等	〒　　－		
	TEL　（　　）　　－	FAX　（　　）　　－	
今回のテーマについて、業務の中で困っていること、知りたいこと等を簡単に書いて下さい。			
受講の動機：☐自主的に希望　・　☐上司の推薦　・　☐その他（　　）			

- **記入漏れのないようにお願いいたします。**
- 複数の方が申し込みをする場合はコピーをしてお使い下さい。
- **94円切手を貼った返信用封筒（A4用紙３枚程度が３つ折で入る大きさのもの、但し複数名申し込みの場合は、料金不足となることがありますので、ご負担願います）に返信先の住所･氏名を記入の上同封していただき、下記まで封書でお申し込みください。**
- **締め切り：令和３年１月12日（火）　※必　着**

∽ 申し込み･問い合わせ先 ∽

〒６７９－５１６５　兵庫県たつの市新宮町光都１丁目７番１号
社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
西播磨総合リハビリテーションセンター　地域支援･研修交流課
ＦＡＸ：０７９１－５８－１０７０　電　話：０７９１－５８－１０５０

個人情報の取り扱いについて

受講申込書に記載いただいた情報については、申込者名簿の作成等研修事業以外の目的で使用することはありません。また、その管理については、「社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団個人情報の保護に関する規則」等に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。