

令和4年度 堺市病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修

受講申込書

ふりがな 申込者氏名			性別	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日			
資格	看護師 ・ 准看護師 ・ 産業看護師 ・ 保健師 ・ 産業保健師 ・ 歯科衛生士 ・ その他 ()			
機関名 (法人名)				
事業所等名	事務連絡ご担当者名 ()			
施設種別	診療所 ・ 歯科医院 ・ 特養 ・ 老健 ・ 有料 ・ 通所介護 ・ 通所リハ ・ 訪問看護 (介護) ・ 訪問リハ ・ グループホーム ・ (看護) 小規模多機能 ・ 障がい者施設 ・ こども園等 ・ その他 ()			
事業所等 所在地	〒 -			
事業所等 電話番号			F A X 番号	

※ 本申込書は、郵送または持参にて、提出してください。

※ 申込者氏名と生年月日は、修了証書にも記載しますので、正確にご記入ください。

申し込み・お問い合わせ先

社会福祉法人大阪府社会福祉事業団

堺市認知症介護実践研修等事務局

〒562-0012 大阪府箕面市白島三丁目 5-50

Tel: 072-724-8167 Mail: ninken@osj.or.jp