令和６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		ＦＡＸ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