

令和6年度 堺市病院勤務の医療従事者向け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			
役職	(補佐的な配置も含めてください) 看護主任・看護師(役職なし)、准看護師(役職なし)・ その他()	実務 経験 年数	年 月	
その他の 資格(福祉系)	介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・介護職員初任者研修(ヘルパー2級)・ 介護福祉士実務者研修・介護支援専門員・その他()			
医療機関名	事務連絡ご担当者名()			
所在地	〒 -			
電話番号		メールアドレス		

※同じ医療機関で複数名申し込みをされる場合、以下に記入してください。

医療機関内等の優先順位

番目

推薦者

(医療機関名)

(代表者名)

- ※ 各医療機関において、認知症看護の推進役となる方を推薦してください。
- ※ 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