令和６年度 堺市看護職員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。） 看護部長・看護師長・看護課長・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　　ヶ月
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	

※同じ医療機関等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

（機関・医療機関等名）

（代表者名）

※　各医療機関等において、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