

医療従事者(1 日目のみ)

令和 7 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	TEL : — —		
緊急時連絡が とれる携帯番号	— —	メ — 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