

令和7年度 堺市認知症対応型サービス事業開設者研修

受講申込書

ふりがな 申込者氏名			性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日			
職種・役職			介護実務 経験年数	年 ケ月
取得している 資格等	医師・保健師・看護師・社会福祉士・介護福祉士 介護支援専門員・その他()			
法人名				
事業所名	事務連絡ご担当者名()			
施設種別	小規模多機能・看護小規模多機能・認知症対応型共同生活介護 その他()			
事業所所在地 電話番号	〒 TEL: — — —			
緊急時連絡先 携帯番号	— —	メール アドレス		

堺市認知症介護実践者等養成事業実施要綱第4条の規定により、上記研修について申し込みます。

令和 年 月 日

(申込者氏名)

(法人名)

(代表者職氏名)

- ※ 本申込書は、大阪府社会福祉事業団へ郵送又は持参してください。(①郵送での申込)
- ※ インターネットでの申込は「申込フォーム」に情報を入力してください。(②インターネットでの申込)
- ※ 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。
- ※ 記載された個人情報は、受講者の決定や修了証の作成等、本研修の円滑な運営のために使用します。