

令和8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 ・ GH ・ (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 電 話 番 号	〒 — TEL : — —		
緊急時に連絡が とれる携帯番号	— —	メ ー ル ア ド レ ス	

同じ事業所で複数名の申し込みをされる場合、優先順位を記入してください。

施設内優先順位

番目

- ※ 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、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。
- ※ 申込が多数の場合は、抽選のうえ受講者を決定します。

【申込・お問合せ先】

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