

医療従事者(1 日目のみ)

令和 8 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)

※ 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