

令和8年度 堺市認知症介護実践リーダーフォローアップ研修 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			
実践リーダー 研修 修了日	年 月 日	実践リーダー 研修 修了証書番号		
職種	介護職員・看護職員・生活相談員・介護支援専門員 機能訓練指導員・栄養士・その他（ ）		実務 経験年数	年 ヶ月
取得している 資格等	介護福祉士・社会福祉士・介護職員初任者研修（ヘルパー2級） 介護支援専門員・看護師・その他（ ）			
法人名				
事業所名	事務連絡ご担当者名（ ）			
施設種別	特養・老健・有料・通所介護・通所リハ・訪問介護・訪問リハ・GH・小規模多機能 看護小規模多機能・その他（ ）			
事業所 所在地 電話番号	〒 — TEL : — —			
緊急時連絡が とれる携帯番号		メールアドレス		

「令和8年度 堺市認知症介護実践リーダーフォローアップ研修」を申し込みます。

令和 年 月 日

（申込者氏名）

推薦者

（法人・施設（事業所）名）

（代表者・施設長名）

- ※ 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