

看護職員(演習 3 日間)

令和8年度 堺市看護職員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。) 看護部長・看護師長・看護課長・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 ヶ月
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	— — —	メー アドレ ス	

※同じ医療機関等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

11

番目

推薦者

(機関・医療機関等名)

(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