2016年度　全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会　認知症介護実践研修　受講申込書（その１）

全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
代　表　　川　原　　秀　夫　　様

申込者（法人名）
（事業所名）
（代表者役職）
（代表者氏名・代表者印）　　印

2016年度　全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会　認知症介護実践研修（実践者研修）に、下記の者を受講させたく申し込みます。

ふりがな				性　別	男　・　女
氏　　名				年　齢	歳
生 年 月 日	昭和・平成　　年　　月　　日 （※必ず、免許証等で確認ください。）		自　宅 連絡先	TEL	
（郵便番号） 自 宅 住 所	ー		本人確認 書類の 添　付	※コピー添付 □免許　□保険証　□資格証 □（　　）	

所属事業所			職　種	
主な職歴	勤務先	職務内容（介護・看護等）	年月～年月	年月数
			年　月～　年　月	
			年　月～　年　月	
			年　月～　年　月	
			年　月～　年　月	
	「介護現場経験年月数」が、**２年**を超えているか　→　合計			
主な資格	１　介護支援専門員　２　介護福祉士　３　社会福祉士　４　社会福祉主事 ５　訪問介護員１級　６　訪問介護員２級　７　看護師・準看護師　８　特に資格なし			

受講目的（１、２、３のいずれかに○をし、必要事項を記入）	１　スキルアップ
	２　新規事業所の（ 管理者　・　計画作成担当者　）に従事予定のため。 →　ア　開設予定年月　：　　年　　月頃 イ　事業所名（仮称可）　： ウ　開設予定住所　：〒
	３　既存事業所（事業所名：　　）の （ 管理者　・　計画作成担当者）に従事予定のため。

同一施設・事業所で複数申し込む場合の順位	番目	会員種別	□一般（非会員） □正会員　□賛助会員

■記入上の諸注意について

※1　申込書に記載された「氏名」「生年月日」をもとに、修了証書を作成しますので、楷書ではっきりと御記入ください。特に、氏名に旧字体等を用いる場合には、ご注意ください。

※２ FAXとメールの申込みは認めません。必ず、記入・押印の上、次の事務局宛にお申込みください。
（住所：〒899-4345　鹿児島県霧島市国分府中町17番8号）

【（その１）との両面印刷は、しないでください！】

2016 年度　全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会　認知症介護実践研修　受講申込書（その２）

受講回 （該当する回にレ）	□　第 1 回　2016 年 10 月 4 日（火）～11 月 29 日（火）

受講決定通知等の連絡先	あて先 （法人・事業所名）	
	郵便番号	
	住　　所	
	電　　話	
	ＦＡＸ	
	連絡担当者	（ふりがな）

以下、返信用封筒の宛名ラベルとして使用しますので、上記と同様の内容をご記入ください。

郵便番号：

住　　所：

あ て 先：

御中

【重要！】2016 年度
全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会
認知症介護実践研修　受講決定通知書　在中