

平成29年度 一般社団法人サツマスタ 認知症介護実践研修 受講申込書 (その1)

一般社団法人 サツマスタ  
霧島市地域密着型サービス事業者連合会  
代 表 黒岩 尚文 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)



平成29年度 一般社団法人サツマスタ 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	自宅 連絡先	TEL		
(郵便番号)			-		本人確認 書類の 添付	※コピー添付		
自宅住所						<input type="checkbox"/> 免許 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 資格証 <input type="checkbox"/> ( )		

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・准看護師	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	<input type="checkbox"/> 一般 (非会員) <input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 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!】

平成29年度 一般社団法人 サツマスタ 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)	<input type="checkbox"/> 第1回 2017年10月4日(水)～12月15日(金)
------------------	--

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	
	F A X	
	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
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"><p><b>【重要!】2017年度 一般社団法人 サツマスタ 認知症介護実践研修 受講決定通知書 在中</b></p></div>	