**有限会社グッドライフ　　2021年度　認知症介護基礎研修**

**受講申込書**

**※希望の受講日の□に✓チェックをして下さい**

□ **第1回**　伊達市開催 　 ６月２３日(水)　・　□ **第2回**　苫小牧市開催 ７月２１日(水)

□ **第3回**　伊達市開催　１０月２０日(水)　・　□ **第4回**　七飯町開催 　８月２４日(火)

□ **第5回**　七飯町開催　１０月　６日(水)　・　□ **第６回**　伊達市開催 ２月　２日(水)

申込日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 資　格 |
| 氏　名 |  | □介護福祉士□ホームヘルパー（1級・2級）□介護職員初任者研修□介護福祉士実務者研修□介護支援専門員□看護師　　　□社会福祉士　　□その他（　　　　　　 　　）□資格なし |
| 性　別 | 男　　　・　　　女 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日（満　 　歳）　　　　　　　 |
| 介護職経験年数 | 　　　　　年　　　　　ヶ月 |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  | 担当者名 | ※本人以外の場合、ご記入ください |
| 事業所所在地 | 〒　　－　 |
| 事業所電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| サービスの種類 | □介護老人福祉施設　　□介護老人保健施設（老健）　□介護療養型医療施設 □特定施設入居者生活介護　□短期入所療養介護　　 □訪問介護　　□通所介護 □通所リハビリテーション　□居宅介護支援　 □小規模多機能型居宅介護□認知症対応型通所介護 □認知症対応型共同生活介護（グループホーム）□夜間対応型訪問介護 □短期入所生活介護　□訪問看護□看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）□その他（　　　　　　　　　　）※複数のサービスに従事している場合は、主に従事しているもの１つについてご記入ください |

※ 事業所以外に受講証の送付等を希望される方は下記に記載ください

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

|  |  |
| --- | --- |
| 自宅住所 | 〒　　－　 |
| 連絡先電話番号 |  | ＦＡＸ |  |

お申込みFAX番号 ０１４２－２１ー１６８２

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380

お申し込みＦＡＸ番号：011-232-5380