返信先	ＦＡＸ：087-835-4777 (公財)かがわ健康福祉機構研修部あて **回答期限：１０月２８日(金)**

令和４年度 認知症予防研修会　申込書

令和４年　　月　　日

施設・事業所等区分: （該当区分にレ点を ご記入ください。）	□救護施設　□指定障害福祉サービス事業所 □障害者支援施設　□養護老人ホーム □特別養護老人ホーム　□軽費老人ホーム □有料老人ホーム　□小規模多機能型居宅介護 □短期入所生活介護事業所　□介護老人保健施設 □認知症対応型共同生活介護事業所 □看護小規模多機能型居宅介護　□介護医療院 □介護療養型医療施設　□訪問看護ステーション □地域包括センター　□社会福祉協議会 □その他（　　）
施設・事業所名：	
所在地：〒	
担当者 職・氏名： TEL： FAX：	

職　名 (介護職員・ 看護職員等)	氏（フリ）　名（ガナ）	福祉経験年数 （通算）（注）	備　考
	ﾌﾘｶﾞﾅ: 氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		
	ﾌﾘｶﾞﾅ: 氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		
	ﾌﾘｶﾞﾅ: 氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		

（注）経験年数・年齢は、受講日時点をご記入ください。

※ 原則、先着順とします。 研修部から、特に連絡がない場合は、受講可としますので、決定通知は、いたしません。