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

申込日：令和６年　月　日

**令和６年度　認知症予防研修会　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所等区分:  (該当区分にレ点を  ご記入ください。) | □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  □介護老人保健施設  □認知症対応型共同生活介護事業所  □小規模多機能型居宅介護事業所　□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) |  | 福祉経験年数（通算）  (注１） | 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１）経験年数・年齢は、受講日時点をご記入ください。

(注２）原則、先着順とします。また、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。**