|  |  |
| --- | --- |
| **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27日(月)** |

申込日：令和７年　月　日

**令和７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。**