基

令和元年度 岩手県認知症介護基礎研修受講申込書

令和元年　　月　　日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長　様

法人名

施設・事業所名

施設・事業所長
職・氏名　　㊞（代表者印）

連絡担当者　　TEL
職・氏名　　FAX

標記研修について、下記のとおり受講を申込みます。

所属事業所名		事業所番号	0 3
事業所住所	〒	TEL	
		FAX	
事業所種別（１つに☑）	□１介護老人福祉施設　□２介護老人保健施設　□３介護医療院　□４訪問介護 □５通所介護　□６通所リハビリテーション　□７短期入所生活介護　□８特定施設入居者生活介護 □９地域密着型通所介護　□10 認知症対応型通所介護　□11 小規模多機能型居宅介護 □12 認知症対応型共同生活介護　□13 地域密着型特定施設入居者生活介護 □14 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護　□15 看護小規模多機能型居宅介護 □16 その他（　　）		

（同一施設・事業所内優先順位：　　位）

ふりがな		性別	□男　・　□女
受講希望者氏名	㊞	生年月日	□昭和・□平成　　年　　月　　日
職名		所有資格	
介護実務経験（H31．４月末現在）	通算　　年　　ヶ月　（介護業務と一体的に行われる看護業務を含む）		
受講会場・時期（それぞれ１つに☑）	第１希望	□１釜石会場　□２盛岡会場（第１期）　□３盛岡会場（第２期）	
	第２希望	□１釜石会場　□２盛岡会場（第１期）　□３盛岡会場（第２期）	
受講目的（受講希望者本人が記入）			
備考	※　受講決定通知送付先が所属事業所と異なる場合は、こちらに御記入ください。 また、身体障がい等のため、受講時における配慮を希望される場合も御記入願います。		

※　修了証書に記載しますので、氏名の文字及び生年月日は正確に御記入ください。