

送信先 FAX 番号 : 03-3334-2156

参加申込書 (ひもときシート研修 講師養成コース)

受講日	平成 29 年 11 月 16 日 (木) ~ 11 月 17 日 (金)	受講番号 29-21- (事務局記入欄)
フリガナ		生年月日
氏名		S・H 年 月 日
連絡先 勤務先もしくは は自宅、いずれ かをご記入く ださい	勤務先	名称 :
		〒 ー 都道 府県
	TEL	FAX
	自宅	〒 ー 都道 府県
TEL		FAX
事業種別 (主な種別 1つに○印)	1.訪問介護 2.訪問看護 3.通所介護 4.通所リハ 5.病院・診療所 6.養護老人ホーム 7.有料老人ホーム 8.軽費老人ホーム 9.老健 10.特養 11.グループホーム 12.地域包括支援センター 13.居宅介護支援事業所 14.小規模多機能型居宅介護事業所 15.その他 ()	
職種 (主な職種 1つに○印)	1.施設長・管理者等の統括職 2.ケアマネジャー・計画作成担当 3.看護職 4.介護職 5.生活相談員 6.理学療法士 7.作業療法士 8.その他 ()	
実践リーダー 研修・指導者 研修の受講	番号を○で囲んでください 1.認知症介護実践リーダー研修 (旧専門課程を含む) 修了 2.認知症介護指導者養成研修修了 (センター 期)	
ひもときシートに関する 研修の受講	受講した研修名 :	
テキスト購入	<input type="checkbox"/> 購入を希望する (冊) <input type="checkbox"/> 購入を希望しない	
認知症ケア専 門士単位認定	認知症ケア専門士の方のみご記入ください <input type="checkbox"/> 単位認定を希望する <input type="checkbox"/> 単位認定を希望しない	

申込書に記載された事項については、参加者名簿管理及び当事業に関する情報提供やアンケートのお願いに
利用させていただきます。

申し込み・問い合わせ先 認知症介護研究・研修東京センター 研修部：滝口・寺崎・中村

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1 TEL 03-6743-2165 FAX 03-3334-2156

E-mail shidousya-kensyu@dcnet.gr.jp

登録承諾書の原本は、受講決定通知に同封する返信用封筒にて、
事前にご提出いただきますので、それまで大切に保管してください。

送信先 FAX 番号 : 03-3334-2156

登録承諾書

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
センター長 山口晴保 殿

以下の受講者が「ひもときシートを活用した認知症ケアの気づきを学ぶ研修 講師養成コース」を修了した後に、ひもときシートに関する研修の講師として、以下の「受講者申込者氏名」「所属施設・事業所のある都道府県名」「所属法人名」「所属施設名」を登録し WEB 上で公表すること、公表後、受講者が WEB を参照した方から講師依頼を受ける可能性があることを理解した上で講師研修修了者として登録することを承諾します。

平成 29 年 月 日

受講申込者氏名	
所属施設・事業所のある都道府県名	
所属法人名	
所属施設名	

法人名	
施設名	
代表者職位	
代表者氏名	公印