

送信先 FAX 番号 : 03-3334-2156

参加申込書 (ひもときシート“アシスト”研修)

受講日	令和元年 9 月 17 日 (火)	受講番号 01-09- (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 ()	
ひもときシート を活用した 回数	今までにひもときシートを活用した回数をご記入ください (回) ※本研修はひもときシートを活用したことがある方が対象です。	
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	
認知症介護指 導者養成研修 の受講	認知症介護指導者の方のみご記入ください (センター 期) 修了	

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。