

送信先 FAX 番号 : 03-3334-2156

参加申込書（ひもときシート研修 実践者コース）

受講日	令和元年 7 月 12 日 (金)	受講番号	01-07-
フリガナ		(事務局記入欄)	
氏名		生年月日	
		S・H	年 月 日
連絡先	勤務先	名称:	
		〒	—
			都道
			府県
		TEL	FAX
勤務先もしくは自宅、いずれかをご記入ください	自宅	〒	—
			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 ()		
ひもときシートに関する研修の受講	ひもときシートに関する研修を受講した回数をご記入ください (回)		
テキスト購入	☐ 購入を希望する (冊) ☐ 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 ☐ 単位認定を希望する ☐ 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ご利用させていただきます。