認知症介護研究・研修東京センター研修部宛　　FAX：03-3334-2156

|  |
| --- |
| DCnet認知症介護指導者一覧新規掲載・情報更新希望　FAX用紙 |

記入日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症介護指導者の氏名 | フリガナ |
|  |
| 認知症介護指導者として登録している都道府県・指定都市 | 都・道・府・県・市 |
| 所属施設・事業所のある市区町村名* 主なところ一つを記入してください。
 | □公表する市・区・町・村 |
| □公表しない |
| 所属施設・事業所名* 主なところ一つを記入してください。
* 所属施設・事業所名の公表については、　管理者等と相談の上決定してください。
 | □公表する |
| □公表しない |
| 指導者研修　修了センター・修了期* 修了センターは検索ボックスの結果に　反映されます（一覧には表示されません）。
 | □公表する仙台　・　東京　・　大府　（　　　　　　　期） |
| □公表しない |
| コメント* 掲載を希望する場合、実践研修で担当している科目や力を入れている取り組みなどを100字以内でご記入ください。
 |  |
| □掲載しない |