●受講をご希望の方は、下記の受講申込書にご記入のうえ、FAX または郵送にてお申し込みください。

送信先 FAX 番号：　０３－６７４３－２１６４（認知症ケア高度化事業推進室）

受講申込書

受講希望日 ※研修プログラムは両日とも同内容です。	どちらかに☑をつけてください ☐２月１６日（水）　　☐２月１７日（木）

参 加 者 氏 名	（フリガナ）
連　絡　先 （自宅・勤務先のいずれかを都道府県名から記入してください）	自宅　〒　　住所 TEL　　FAX
	勤務先　（法人・事業所名　　） 〒　　住所 TEL　　FAX
受 講 資 格	☐当センター主催の「ひもときシート研修」に参加したことがあり、活用・普及に意欲のある方 ☐認知症介護指導者（　　センター　　期） ☐指導者と同等の能力を有する方で、高齢者・障害者福祉事業に従事しており、ひもときシートの活用・普及に意欲のある方
勤務先事業種別	☐訪問介護　☐訪問看護　☐通所介護　☐通所リハ　☐病院・診療所 ☐養護老人ホーム　☐有料老人ホーム　☐軽費老人ホーム　☐老健 ☐特養　☐グループホーム　☐その他（　　）
職　　種	☐施設長・管理者等の統括職　☐ケアマネジャー・計画作成担当　☐看護職 ☐介護職　☐生活相談員　☐理学療法士・作業療法士　☐その他（　　）
認知症ケア専門士の単位認定	☐希望する　☐希望しない　※認知症ケア専門士の方のみ回答

（１）研修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限り利用させていただくことがあります。

（２）当センターのホームページ（http:// www.dcnet.gr.jp）にも研修情報が掲載されています。

（３）自然災害等、やむを得ない事情により研修を中止・延期にすることがありますが、当センターによる交通費・宿泊費等の負担は致しかねますのでご了承ください。

（４）当研修の参加者は「認知症ケア学会　認知症ケア専門士」の単位(2 単位)が認定される予定です。

（５）**締め切り：平成 23 年 1 月 25 日(火)**

※但し定員になり次第締め切ります。お断りする方のみ連絡を致します。受講票の発行は致しません。

≪申し込み・問い合せ先≫

認知症介護研究・研修東京センター　認知症ケア高度化事業推進室　[担当　玉川・竹田]

〒168-0071　東京都杉並区高井戸西１－１２－１

ＴＥＬ　０３－３３３４－２１８５　／　ＦＡＸ　０３－６７４３－２１６４