

令和7年度 一般社団法人 山口県宅老所・グループホーム協会 認知症介護基礎研修受講申込書

一般社団法人

山口県宅老所・グループホーム協会

会 長 小 川 泰 志 様

申込者 法人の主たる事務所の所在地及び名称、代表者の職氏名

所在地

事業所名

代表者職氏名

申 込 日	令和 年 月 日			
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
受講希望者氏名				
受講希望者 住 所			受講希望者 連 絡 先 (必須)	TEL : E-Mail :
入 社 年 月 日	介護・看護業務の通算経験年数		内：認知症介護の通算経験年数	
年 月 日	年 月 日		年 月 日	
【役職名】	【注意】現職場だけではなく通算経験年数となります。 必ず受講者本人にご確認のうえ記入してください。			
法人名				
所 属 先 事 業 所 等	種 別 (該当する番 号に○をして ください)	1 介護老人福祉施設 2 介護老人保健施設 3 介護療養型医療施設 4 訪問介護事業所 5 通所介護事業所 6 居宅介護支援事業所 7 認知症グループホーム 8 小規模多機能型居宅介護 9 認知症対応型通所介護 10 地域密着型通所介護 11 地域密着型介護老人福祉施設 12 その他 ()		
	名 称			
	【注意】必ず現在の所属先を記入してください。所属先が異なる場合は受講できない場合があります。			
	住 所	〒		
	連絡先	電話番号		F A X
E-Mail(必須)			連絡責任者	
【在籍証明】 研修申込者については当社（法人）に勤務する従業員であることを本書により証明いたします。 令和 年 月 日 法人名 事業主氏名 印				

- ※ 1) 記入漏れがあった場合は受付できない場合があります。
2) 役職名は施設（法人）における役職名を記入してください。

【個人情報の保護について】

- この受講申込書に記載された個人情報は、研修の目的のみに使用します。
なお、この研修の受講者名簿に名前・所属・職名を掲載します。
- この受講申込書は、研修終了後、適正な方法で廃棄します。

【申込方法】 FAX、メール、郵送でお申し込みください。