

↑ FAX:011-204-7312

一般社団法人 北海道認知症グループホーム協会 平成29年度 認知症介護基礎研修

## 第 回 受講申込書

北海道認知症グループホーム協会 会長 あて

法人名 \_\_\_\_\_

事業所（施設）名 \_\_\_\_\_

事業所（施設）長 \_\_\_\_\_ 印

会員区分	会員	<input type="checkbox"/> GH協（グループホーム） <input type="checkbox"/> GH協（賛助）（                      ） <input type="checkbox"/> デイ協（デイ・認知症対応型デイ） <input type="checkbox"/> 老施協
	非会員	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 認知症対応型デイ <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護事業所 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 訪問介護・看護 <input type="checkbox"/> その他（                      ）

事業所・施設	名称			
	所在地	〒	連絡担当者名	
	電話番号		FAX番号	

受講者	①	ふりがな		性別	男 ・ 女	
		氏名	生年月日	昭和 平成	年   月   日	
		職種	経験年数	年   月		
	②	ふりがな		性別	男 ・ 女	
		氏名	生年月日	昭和 平成	年   月   日	
		職種	経験年数	年   月		
	③	ふりがな		性別	男 ・ 女	
		氏名	生年月日	昭和 平成	年   月   日	
		職種	経験年数	年   月		

**【注意事項】**

職 種：介護職、看護職、リハ職、相談職、ケアマネ 等。

経験年数：現在勤務の職種における合計の勤務経験年数をご記入ください。

その他：・必要事項をご記入、もしくはをつけてください。必ず全項目記載し、押印もお願いいたします。

・不実または錯誤した内容の記載をした場合は、修了を取り消すことがあります。

・用紙が不足の場合はコピーしお使いいただきますようお願いいたします。