

FAX 送付先 **ダイサービス昭和館 宛**

06-6655-5671

2019 年度 ひもときシート研修申込書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		印	性別	年齢
名前			男 ・ 女	歳
自宅住所				
勤務先名				
勤務先所在地				
職種・役職				
免許・資格				
日中の連絡先	—	—	(自宅・職場・携帯)	
ファックス番号	—	—	(自宅・職場)	
メールアドレス				
受講日時	1 日目 2020 年 1 月 11 日 (土) 10:00~16:00 2 日目 2020 年 1 月 25 日 (土) 10:00~16:00			
応募要件 該当箇所に☑	<input type="checkbox"/> 大阪市内の介護保険施設・事業所等において認知症介護業務に従事している介護職員等 <input type="checkbox"/> 認知症の人の「行動」にしっかりと関わる自信と実力を身につけたい方 <input type="checkbox"/> 2 日間のカリキュラムすべてに出席できる方			

記載に不備や不足がある場合は、受講できません。

申込書により知り得た個人情報については、当研修の開催に関することにものみ使用します。