

FAX 送付先 **デイサービス昭和館 宛**

**06-6655-5671**

2019 年度 大阪市認知症介護基礎研修復習講座申込書

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	2019 年 11 月 30 日 (土) 10:00~17:00			
応募要件 該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 大阪市認知症介護基礎研修の修了後に 1 年以上の認知症介護経験年数を有する者 <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			

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。