



令和4年度 岩手県認知症介護実践者研修受講申込書

令和 年 月 日

公益財団法人いきいき岩手支援財団理事長 様

法人名

施設・事業所名

施設・事業所長  
職・氏名

連絡担当者  
職・氏名

TEL

FAX

標記研修について、下記のとおり受講を申込みます。

また、本研修受講者の自施設実習については、研修であることを施設・事業所全体で理解し、受講者の設定課題の達成のため、必要な協力及び配慮することを約束します。

Table with 4 columns: 所属事業所名, 事業所番号 (03), 事業所住所 (TEL, FAX), 事業所種別 (1つに☑). Includes checkboxes for various care services like 介護老人福祉施設, 通所介護, etc.

Table with 4 columns: ふりがな, 性別 (男/女), 受講希望者氏名, 生年月日 (昭和/平成), 職名, 所有資格, 認知症介護基礎研修の受講状況 (修了/未修了), 介護実務経験 (通算/うち認知症), 受講希望時期 (第1希望/第2希望).

※ 修了証書に記載しますので、氏名の漢字及び生年月日は正確にご記入ください。

Confirmation section with checkboxes for document submission (e.g., 認知症介護基礎研修の修了証書), attendance confirmation (e.g., 該当する場合は☑及び記入), and communication instructions (e.g., 通知文書送付先が所属事業所と異なる場合は).

申込締切：令和4年5月20日(金)必着