

様 式 1

※1事業所から2名以上申込み場合は、様式2「受講申込者優先順位一覧表」を併せて提出願います。

平成25年度京都府認知症介護実践者等養成研修
①認知症介護実践者研修（3回目）受講申込書

平成25年 月 日

法 人 名
代 表 者

印

事 業 所 名
管 理 者

印

平成25年度京都府認知症介護実践者等養成研修（①認知症介護実践者研修（3回目））
について、下記のとおり申込みます。

記

受講者勤務先	事業所名 (サービス種別)	()	事業所担当者名
	所在地		電 話 : F A X :

受講申込者	職 名	職 種	介護職経験年数 (申込日現在)	勤続年数 (申込日現在)
(フリガナ) 氏名			年 月	年 月
介護に係る 取得資格		テキスト 購入希望	本年度受講を希望する 他の研修	
		希望する 希望しない	管理者 研 修	計 画 作 成 担 当 者 研 修

- * 平成25年10月21日(月)(当日消印有効)までに提出(郵送可)してください。
その際、封筒の表に「①実践者研修(3回目) 受講申込書」と朱書してください。
- * テキストの当日購入の希望の有無について、該当分に○印をつけてください。

* 提出書類一覧

- ・ 受講申込書(本紙)
- ・ 申込者1名につき1枚の返信用封筒(あて名等記載の上、140円切手を貼付。)
(※封筒は角2号(24cm×33.2cm)のもので御願います。)
- ・ 様式2「受講申込者優先順位一覧表」(※1事業所から2名以上申込みの場合。)
- ・ 様式3「認知症理解度チェックリスト」

* 提 出 先

- ・ 一般社団法人京都府老人福祉施設協議会 事務局
〒602-8143 京都市上京区猪熊通丸太町下る仲ノ町519番地
又は
- ・ 地域密着型サービス事業所は、事業所所在地の市町村介護保険担当課へ

※ 1事業所から2名以上申込む場合には、各研修の受講申込書に併せて提出願います。

平成25年度京都府認知症介護実践者等養成研修（3回目）

受講申込者優先順位一覧表

法人名	
事業所名	
事業種別	

優先順位	受講申込者氏名