

2023年度 実地研修 参加申込書

◎ 研修会日時 ※受講希望のコースの番号を○で囲んでください。

① 認知症コース 2023年 8月22日(火)～ 8月23日(水) 定員 5名程度

② 終末期ケアコース 2023年 10月24日(火)～ 10月25日(水) 定員 5名程度

申込日	月 日	都道府県		連絡担当者	
ふりがな					
施設名					
所在地	〒 ー				
電話番号 FAX番号	() ー () ー	※メールアドレス (メールを希望の方)	@		
ふりがな					
参加者名					
性別 年齢(申込時点)	男・女 ()歳	男・女 ()歳	男・女 ()歳		
老健勤務年数	通算 年	通算 年	通算 年		
役職					
職種					
資格					
全老健研修 受講状況	基礎・中堅・なし	基礎・中堅・なし	基礎・中堅・なし		
来所予定 交通手段	・公共交通機関 ・自動車(バイク) ・その他()	・公共交通機関 ・自動車(バイク) ・その他()	・公共交通機関 ・自動車(バイク) ・その他()		

※ メールアドレスを記載いただければ、今後のご連絡は基本的にメールで行います。

※ 各講座ともに、受講申し込みが2名に満たない場合は開講致しません。