



平成28年 月 日

平成28年度認知症ケアステップアップセミナー 受講申込書

希望日程選択 *どちらかを○で 囲んで下さい	①新潟会場 1/26(木)、27(金) 新潟ユニゾンプラザ		②長岡会場 3/1(水)、2(木) 長岡市社会福祉センタートモシア	
(ふりがな)	()		事業所での 役 職	
申込者氏名				
認知症介護実践者 研修の修了状況	研修 実施主体		認知症ケア専門 士 資格取得日	平成 年 月 日
	修了日	平成 年 月 日		
認知症介護実践リー ダー研修の修了状況	研修 実施主体		※受講対象者は、認知症介護実践者研修 の修了又は認知症ケア専門士の資格取得 が必須です。 ※認知症介護実践リーダー研修を修了され た方は左記に記載願います。	
	修了日	平成 年 月 日		
勤務先住所	〒 -			
勤務先法人・ 事業所名称	法人			
	事業所			
勤務先電話番号			勤務先FAX番号	
情報交換会参加	参加します ・ 参加しません *キャンセル等の変更は2日前までにご連絡下さい。			

*申込にかかる個人情報については、本研修以外での使用いたしません。

*該当しない欄は空欄で結構です。

FAX 025-282-0548 (送付票不要)社会福祉法人 新潟県社会福祉協議会 介護実習・普及センター (担当: 志田)※ 12月16日(金) までにお申し込みください。