

認知症専門研修 受講申込書

申込日 月 日

ふりがな			会員番号		
氏名			男・女	年 月 日生	
通知送付先住所 〒			TEL		
			携帯電話		
			FAX		
勤務先名称					
職種			役職		
介護福祉士取得後の 実務経験年数		年	介護職としての 通算経験年数	年	
メールアドレス (携帯は不可)			現在認知症の人の ケアに携わっている	はい・いいえ	
ファーストステップ研修			修了・受講中・未受講		
生涯研修制度に位置づける研修を150時間以上修了 (生涯研修制度ポイント100以上所有)			有・無		
認知症に関する 過去に修了した研修名					
研修券の使用		・使用する( )枚		・使用しない	
受講動機(特に認知症介護に関して)					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

※ 記入漏れのないようご記入のうえ、9月14日(水)必着にてお申し込みください。

※ 問い合わせ先及び申込書送信先

公益社団法人日本介護福祉士会事務局 東京都港区虎ノ門1-22-13 西勘虎の門ビル3階

TEL 03-3507-0784 FAX 03-3507-8810 E-mail webmaster@jaccw.or.jp