（様式第1号） **有限会社 RAIMU あて**　　FAX ： **0956－28－2700**

令和4年度 認知症介護基礎研修 受講申込書

下記注意事項を承諾のうえ、受講申し込みいたします。

有限会社 RAIMU 代表者 様

令和　　年　　月　　日

【注意事項】

① 研修の目的が達成されないと判断された場合や、遅刻、早退があった場合は、修了を見合わせていただくことがありますのでご注意ください。

② 受講申込は、必ず介護保険施設・事業所等の長を通して提出してください。

③ 申込期間外の申込は、無効とします。

受講希望研修 （受講希望回数に〇）	**認知症介護基礎研修** **・（　　）第１回 長崎　　・（　　）第２回 佐世保　　・（　　）第３回 諫早**

施設・事業所

事業所種別 （いずれかを〇で囲む）	（居宅）・訪問介護 ・通所介護 ・（予）短期入所 ・（予）特定施設 （密着）・定期巡回 ・夜間訪問 ・認知通所 ・小規模多 ・認知共同 ・密着老福施設 ・看護小規模 （施設）・老福施設 ・老健施設 ・介護療養 ・その他（　　）									
事業所番号	4	2								
指定事業所名称										
所　在　地	〒									
電 話 番 号										
ＦＡＸ 番 号										

研修受講者

ふりがな	姓　　名
氏　名	
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日 （　　歳）
職　名	
経験年数	年　　か月