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

令和 6年度 認知症介護基礎（集合研修）受講申込書

令和　　年　　月　　日

有限会社 RAIMU 代表者様

下記注意事項を承諾のうえ、受講申込いたします。

【注意事項】
① 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。
② 受講決定通知書は代表メールアドレスへ送付いたします。正確にご記入ください。
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 回諫早①　・（　　）第 3 回佐世保　・（　　）第 4 回諫早②

施設・事業所

事業所番号	4	2								
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　・通所介護　・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 （医療系及びその他）・介護医療院　・その他【　　】									
事業所名										
事業所管理者名										
メールアドレス記入例	（ﾖﾐｶﾞﾅ）　ﾗｲﾑ　ｱｯﾄﾏｰｸ　ｸﾚｽﾄ　ドット　ｵｰｼｰｴﾇ　ドット　ｴﾇｲｰ　ドット　ｼﾞｪｲﾋﾟｰ raimu@crest.ocn.ne.jp									
決定通知書 添付用 メールアドレス	（ﾖﾐｶﾞﾅ） 									
事業所所在地	〒									
電 話 番 号					FAX 番号					

受講希望者

ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日 昭和　・　平成 年　　月　　日（　　歳）	
氏　名			
職　名		経験年数	年　　ヶ月

※申込日他、記入漏れがないかご確認の上送信してください。