

[別 紙]

令和 7 年度 認知症ケア研修 受講申込書

富山県福祉カレッジ 田中 宛

FAX 076 - 432 - 6516

令和 年 月 日

勤 務 先	法 人 名			
	施 設 名			
	連 絡 先	郵便番号	〒 -	
		住所		
		TEL() - / FAX() -		
	担 当 者			

受 講 希 望 者	氏 名	(ふりがな)		
	職 名			
	資 格 (お持ちの場合)			
	介護・福祉 職歴 通算 (令和7年6月1日現在)	年 月	うち、認知症 ケア従事期間	年 月
	本研修への参加に ついて該当するも のに☑をつけてく ださい	☐ 所属の上司等からの指示で参加 (職務命令、経費等は所属負担) ☐ 自己研鑽の一環として自ら進んで参加 (経費等は所属負担) ☐ 自己研鑽の一環として自ら進んで参加 (経費等は自己負担) ☐ その他 ()		

受講決定は、上記記載の連絡先住所へ郵送します。

申込締切・・・令和7年6月13日(金)