**郵送または持参**

**〒557-0024　大阪市西成区出城2-5-20**

**大阪市社会福祉研修・情報センター　企画研修　認知症介護実践者研修担当 宛**

◇令和４年度認知症介護実践者研修（第２回）受講申込書◇

本申込書と認知症介護基礎研修の修了書の写し、もしくは「同等以上の能力を有するもの」に該当する資格の修了

証書の写しの計２点を同封してお送りください。（詳細はチラシの受講対象者を参照ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受講希望者  氏名 |  | 生年月日  （西暦） | 年　　月　　日  （　　　　歳） |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 認知症介護基礎研修の受講歴 | ☐　受講した  ☐　受講していない |
| 所有資格 | ☐　社会福祉士  ☐　介護福祉士  ☐　訪問介護員（ホームヘルパー）  ☐　介護支援専門員  ☐　認知症ケア専門員  ☐　社会福祉主事資格  ☐　所持なし   * その他（　　　　　　　） |
| 認知症介護  経験年数 | 年　　　　ヵ月  （２０２２年７月時点の積算） |

ZOOM接続時に本人確認の

ため、申込者の顔が確認できる写真をこの枠内に添付して

ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属法人名 |  | 所属事業所名 |  |
| 事業所形態 |  | 事業所所属区 | 大阪市（　　　　　　）区 |
| 職種  （介護職、ケアマネ等） |  | 役職  （チーフ、主任等） |  |
| 事業所住所 | 〒 | | |
| 事業所連絡先 |  | 事業所ＦＡＸ |  |

☐へのチェックは、レ点もしくは黒く塗りつぶしてください。

提供していただきました個人情報は、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、第三者へ提供することはありません。

【申込時確認】※必ずご確認いただき、☐にレ点もしくは黒く塗りつぶしてください。

* 大阪市社会福祉研修・情報センターのホームページに掲載している、「認知症介護実践者研修（オンライン）を受講するにあたっての留意事項」の確認をしている。
* 全日程の参加が可能で、パワーポイントによる実習資料作成が可能である。

提供していただきました個人情報は、名簿の作成、資料の送付等研修事業の運営のためにのみ使用し、他の目的で使用したり、

第三者へ提供することはありません。