|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  受講希望者  氏　名 |  | ＺＯ０Ｍ接続時の本人  確認のため、受講者の顔  がはっきり分かる写真  をこの枠内に添付してください。 |
|  |
| 電話番号 |  |
| 確認事項   1. ホームページから必要事項を入力し、申込を行っているか   （※自動返信メールが届いているか確認してください）   1. ①受講希望者の顔写真　②認知症介護実践者研修（旧基礎課程）の２点を企画研修担当へメール送信しているか   **※（１）（２）が揃っていないと申込完了とはなりません** | |

**◇令和３年度大阪市地域密着型サービス認知症介護研修(第１回)**

**（計画作成担当者コース）顔写真添付用紙◇**

1. **受講希望者の顔写真**
2. **認知症介護実践者研修（旧　基礎課程）の修了証書（写し）**

の２点添付し、大阪市社会福祉研修・情報センター企画研修担当あてメール・FAX(要送信確認)、郵送にて送付ください。

**申込締切　７月２７日（火）午後５時　必着**

次のとおり受講を申し込みます

事業所名：

所属長名：

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。

**≪送　付　先≫**

**大阪市社会福祉研修・情報センター　企画研修担当**

**〒５５７－００２４　　大阪市西成区出城２－５－２０**

**電話４３９２－８２０１**

**FAX４３９２－８２７２**

[**kensyu@shakyo-osaka.jp**](mailto:kensyu@shakyo-osaka.jp)