

平成 29 年度認知症専門研修 受講申込書

申込日 月 日

ふりがな			会員番号		
氏名			男・女	年 月 日生	
通知送付先住所 〒			TEL		
			携帯電話		
			FAX		
勤務先名称					
職種			役職		
介護福祉士取得後の 実務経験年数		年	介護職としての 通算経験年数	年	
メールアドレス (携帯は不可)			現在認知症の人の ケアに携わっている	はい・いいえ	
ファーストステップ研修			修了・受講中・未受講		
生涯研修制度に位置づける研修を150時間以上修了 (生涯研修制度ポイント100以上所有)			有・無		
認知症に関する 過去に修了した研修名					
研修券の使用		・使用する( )枚		・使用しない	
受講動機(特に認知症介護に関して)					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

※ 記入漏れのないようご記入のうえ、6月16日(金)必着にてお申し込みください。

※ 問い合わせ先及び申込書送信先

公益社団法人日本介護福祉士会事務局 東京都港区虎ノ門 1-22-13 西勘虎の門ビル3階  
TEL 03-3507-0784 FAX 03-3507-8810 E-mail webmaster@jaccw.or.jp