

令和8年度 福岡県認知症介護実践者研修 申込用紙

公益社団法人 福岡県介護福祉士会

		申込書記入日 令和8年		月	日
ふりがな					生 年 月 日
氏 名					昭和 ・ 平成 (いずれかに○) 年 月 日
所 属 等	※受講決定通知書は所属事業所へ送付します。				
法人名					
法人所在地					
事業所名					
事業種別	特養 老健 介護療養 グループホーム 通所事業所 認知症デイ 小規模多機能型居宅介護 看護小規模 特定施設 訪問介護 その他 ()				
所在地	〒				
所属長名 ・公印	公 印				
連絡先	電話番号		担当者		
事業所 メール アドレス	※ 添付ファイル (Excel・Word・PDF 等) が見られるアドレスをご記入ください。 ※ 研修初日前と研修終了後にアンケートの依頼連絡を送付予定です。 数字やアルファベットは区別がつくようにご記入願います。				
職 種		認知症高齢 者の介護現 場に従事し た経験年数	年 ヶ月	保持資格・ 修了研修等	
連絡事項等					

※受講申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ利用させていただきます。 P8 事業所広報