

## 平成31年度（2019年度）認知症対応型サービス事業開設者研修受講申込書（個人票）

年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

事業所名 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

- \* この申込書（個人票）は、受講を希望するご本人が記入してください。
- \* 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと記載してください。  
 （特に「高」→「高」、「眞」→「真」などの簡略字を記載した場合、簡略字で発行します。）

## 1 受講希望者について（資格欄は該当する番号を○で囲んでください。）

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男 ・ 女
資格	1 医師 2 保健師 3 看護師 4 社会福祉士 5 介護福祉士 6 介護支援専門員 7 訪問介護員（ヘルパー 級） 8 精神保健福祉士 9 理学療法士 10 作業療法士 11 言語聴覚士 12 その他（ ）				

## 2 この研修で学びたいこと、身につけたいことを記載してください。

## 3 連絡先

担当者			
所属名			
担当者氏名※	電話番号	( )	

※ 担当者が受講希望者自身である場合にも記入すること。