平成 29 年度認知症専門研修　受講申込書

<table>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>男 ・ 女</td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="3">通知送付先住所
〒</td><td>TEL</td></tr>
<tr><td>携帯電話</td></tr>
<tr><td>FAX</td></tr>
<tr><td>勤務先名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>職種</td><td></td><td>役職</td><td></td></tr>
<tr><td>介護福祉士取得後の
実務経験年数</td><td>年</td><td>介護職としての
通算経験年数</td><td>年</td></tr>
<tr><td>メールアドレス
（携帯は不可）</td><td></td><td>現在認知症の人の
ケアに携わっている</td><td>はい　・いいえ</td></tr>
<tr><td colspan="2">ファーストステップ研修</td><td colspan="2">修　了　・　受　講　中　・　未　受　講</td></tr>
<tr><td colspan="2">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）</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">認知症に関する
過去に修了した研修名</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">研修券の使用</td><td colspan="2">・使用する（　　）枚　　・使用しない</td></tr>
<tr><td colspan="4">受講動機（特に認知症介護に関して）</td></tr>
</table>

※　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