

# 令和2年度 群馬県認知症介護基礎研修のご案内

第5回、申込受付を開始します。

第6回の申込書は、申込開始日の前日に公開予定です。

回	日程・会場	申込期間(必着)
第4回	第4回の申込受付は終了いたしました。	
第5回	12月16日(水) 特別養護老人ホーム明風園 第一研修室	11月10日(火)~11月24日(火)
第6回	1月27日(水) 特別養護老人ホーム明風園 第一研修室	12月10日(木)~12月24日(木)

**※申込期間以外のお申し込みは受理できませんので、ご注意ください。**

## 申し込み方法

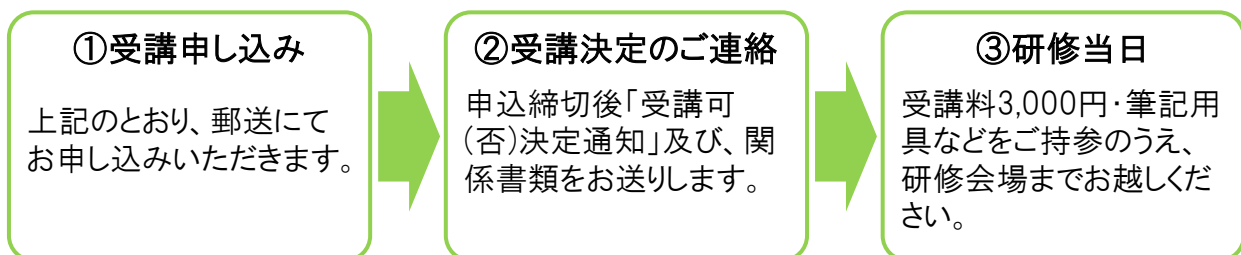
申込書に必要事項を記入し、各申込期間内に郵送にてお申し込み下さい  
(FAX不可)。

**※郵送先は次の通りです。**

郵送先 〒371-0004 前橋市亀泉町 1-26  
群馬県社会福祉事業団 研修指導センター  
第5回基礎研修 担当者 宛

※封筒の左下に「申込書在中」と記入して下さい

## 申し込みから受講までの流れ



- \* 受講申込数が定員を超えた場合は調整させていただきます。ご了承ください。
- \* 申し込みの取り消しや受講決定後に辞退する場合には、必ずご連絡ください。
- \* 開催日の2週間前を過ぎても通知が届かない場合には、ご連絡ください。  
(申込書が届いていない可能性があります)

## お問い合わせ

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団 研修指導センター (担当:並木)  
〒371-0004 前橋市亀泉町 1-26  
TEL 027-269-7780 FAX 027-264-3522

# 令和2年度 第5回 認知症介護基礎研修受講申込書

【開催日】 12月16日

【会場】 特別養護老人ホーム明風園 第1研修室

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団  
 研修指導センター 所長 様

施設（事業所）名 \_\_\_\_\_

施設（事業所）長名 \_\_\_\_\_

事業所印

第5回 認知症介護基礎研修の受講について次のとおり申し込みます。

項目	内 容			
受講者	(ふりがな) 氏 名	男 女	生年 月日	昭和・平成 年 月 日
	介護の実務経験年数（通算）		年 月	
	現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 計画作成担当者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談職 <input type="checkbox"/> その他（                                  ）		
	保有資格	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> その他（                                  ）		
	連絡の取りやすい電話番号	携帯・事業所 電話：		
事業所	種 別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 認知症対応通所 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 小規模多機能型 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他（                                  ）		
	法人名			
	事業所名			
	所在地	〒		
	連絡先	電 話： F A X：	申込み 担当者	
送付先住所 (※1)	自宅・自宅以外 〒 (                                  )			

(※1) 受講可否通知の送付を勤務先以外に希望する方のみご記入ください。 自宅以外の送付を希望される方は、( ) に事業所名等ご記入ください。

- \* 受講を希望する回の申込期間を確認の上、申し込んでください。申込期間以外の申し込みや必要事項に記載がない等の不備がある場合には受理できません。
- \* 個人申込の場合、施設（事業所）長名欄に個人名を記入し、個人印を押印してください。
- \* 受講決定通知は、開催日の概ね2週間前までに郵送します。