**認知症介護指導者派遣事業 申込書**

**令和　年　月　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望する内容に○を付けてください | **1人材育成　　2認知症ケア研修　　3認知症ケア事例検討　　4その他** | |
| 概　要 | ・希望回数　　　回　　（1回の所要時間 　　　　　）  ・希望時期  ・対象者（職種　　　　　　　・人数　　　　　　　　）  ・具体的内容 | |
| 事業所名称 |  |  |
| 事業所住所 | 〒　　　　－ |  |
| 事業所電話番号 | ―　　　　　　　― | 連絡が取りやすい日時等があればご記入ください  （　　　　　　　　　　　　　） |
| 申込者氏名 |  |  |
| 連絡先E-mail |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者情報 | **該当するところに○を付けて下さい** |
| 職　　種 | 介護職　相談職　看護職　管理職　事務職　ケアマネジャー　その他（　　　　　　　　　　） |
| 勤務先種別 | 特養　老健　GH　小規模多機能型　看護小規模多機能型　訪問介護　認知症デイ　デイサービス  通所リハ　居宅介護支援　病院　有料老人ホーム　その他（　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 申込メール  送信先 | [g-kenshu@gswc.or.jp](mailto:g-kenshu@gswc.or.jp)  群馬県社会福祉事業団研修指導センター　担当：吉沢　宛 |

　※申込み時に記入していただいた個人情報は、本研修以外では使用致しません。

※メールを送信する前に、再度申込内容のご確認をお願いします。

**※申込みいただいてから1週間以内にこちらからお電話をさせていただきます。**

**要綱をご確認のうえ、お申込みください。詳しくは担当者にお問い合わせください。**

**☎　研修指導センター　０２７－２６９－７７８０**