

# 令和3年度 品川福祉カレッジ 認知症ケア専門コース 施設ケア研修 受講申込書 (年間コース)

令和 3 年 月 日

社会福祉法人品川区社会福祉協議会  
品川介護福祉専門学校長 様

標記講座について、下記のとおり受講申し込みをいたします。

法人名：

事業所名：

施設長名：

担当者様名：

(連絡先 TEL

FAX

)

	(ふりがな) 氏 名	職種 (職位) (例) 介護職員 (フロア主任 など)	左の職位の経験 年月数	介護に係る経験 の総年月数 (現在勤務 する法人・事業所以外も含む)	関連資格の取得状況 (資格名を列举)	基礎課程を修了 している方は、修 了年度を記入	今年度の認知症ケア 専門コース基礎研修 受講予定者 (○を記入)	備考
1			年 か月	年 か月		平成・令和 年度		
2			年 か月	年 か月		平成・令和 年度		
3			年 か月	年 か月		平成・令和 年度		

(1)お申し込みの際には、申込者を事業所単位でまとめていただき、6月18日(金)までに本紙を FAX 送信ください。

(2)施設ケア研修初回の単独受講をご希望の方は、本紙ではなく、別添の単独申し込み用の申込書を用いてお申し込みください。

● 問い合わせ・送付先 品川介護福祉専門学校 〒141-0033 品川区西品川 1-28-3 電話 03-5498-6364-

受付印

振込番号

FAX 送信先 03-5498-6367 (松谷・酒井) 宛