認知症高齢者グループホーム初任者研修(第１回)

【申込締切】令和７年９月３０日（火）

　Email：kaigo＠pref.ishikawa.lg.jp

参加申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　　目 | | 申　　込　　内　　容 | |
| 所  属 | 住所  ※記載いただいた  住所に通知等を発送いたします。 | （〒　　　－　　　　　） | |
| 法人名 |  | |
| 事業所名 |  | |
| 連絡先 | TEL | FAX |
| Mail | |
| 受  講  者 | ふりがな |  | |
| 氏名 |  | |
| 職名 | 介護職　・　その他（　　　　　　　　　　　） | |
| 生年月日 | S・H　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） | |
| 採用年月日 | R　　　年　　　月　　　日 | |
| 介護の経験  研修開催日時点での経験年月を記載してください。 | グループホームでの経験 　　　　　　年　　ヶ月  その他の介護の経験  事業種類　　　　　　　　　　　 　年　　ヶ月  事業種類　　　　　　　　　　　 　年　　ヶ月 | |
| その他  (自由記載) |  | |
| 申込会場 | ※受講希望の会場に○をつけてください。  ・七尾会場（10/28～29　能登中部保健福祉センター）  ・金沢会場（11/11～12　石川県庁） | |

上記のとおり申し込みます。

令和　　年　　月　　日

石川県健康福祉部長寿社会課長　様

事業者法人名

代表者名