

認知症介護 2022年上期レベルアップ Web研修 申込書

ふりがな		家族の会の	会員 ・ 会員ではない
氏名		会員番号 (会報宛名ラベル右下の番号)	No.
年齢	20代 ・ 30代 ・ 40代 ・ 50代 ・ 60代 ・ その他	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所(自宅)	〒		
連絡先電話番号	(携帯)	/(自宅)	
勤務先名			
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号	TEL	FAX	
職種(該当に✓)	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 主任ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職(訪問) <input type="checkbox"/> 介護職(施設内勤務) <input type="checkbox"/> その他()		
認知症ケア専門士単位証明	要 ・ 不要	愛知県 主任介護支援専門員受講証明書	要 ・ 不要

講師の資料が受け取れるメールアドレスをご記入下さい。資料はパワーポイント、ワード、エクセルなどです。

E-mail(パソコン)	
--------------	--

この講座を何で知りましたか	<input type="checkbox"/> 郵送チラシ	<input type="checkbox"/> 事務所にFAXが届いた	<input type="checkbox"/> 当会HP	<input type="checkbox"/> その他
---------------	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	------------------------------

講座に応募された理由又は目的をお聞かせ下さい。

仕事としての経験を具体的にお聞かせ下さい。経験年数もご記入下さい。

ご家族を介護した経験がある方は、具体的にお聞かせ下さい。

※現場での経験年数 必須

* ご記入頂いた内容につきましてはプライバシーを厳守します。

