（様式１）

社会福祉法人　幸　清　会

令和元年度　認知症介護実践研修（実践者研修）及び

認知症対応型サービス事業管理者研修

洞爺湖会場　・　札幌会場　※受講希望会場を○で囲んでください。

**第（　　　　　回）認知症介護実践者研修／管理者研修受講依頼書**

**および実習生受入承諾書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

社会福祉法人　幸　清　会

理　事　長　　大 久 保　幸 積　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法　　人　　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　次の職員について、社会福祉法人幸清会 認知症介護実践研修（実践者研修）の受講を依頼します。

　なお、受講申込書（様式２）の主な職歴及び認知症介護の経験年数については、記載のとおりであることを証明します。

　また、受講が決定した際には、他施設実習における実習生受け入れの依頼があった場合は、それを承諾致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　職 員 氏 名 | 　　所属施設・事業所名 | 　　　　職　　　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |

**※表題の回数欄に下記の受講希望会場の回数を参考に、何回目の受講を希望するか数字を記入して下さい。**

* 洞爺湖会場（第１回・第２回・第３回・第６回）
* 札幌会場　（第４回・第５回）

【アンケート】当法人主催の標記研修をどのようにお知りになりましたか？（複数回答可）

・当法人からのＦＡＸによるご案内で　　　　　　・当法人のＨＰ（ホームページ）で

・北海道または、札幌市のＨＰで　　　　　　　　・認知症ケア学会からの同封のご案内で

・直接のお問合せで　　　　　　　　　　　　　　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）