（様式１）

社会福祉法人　幸　清　会

平成３０年度　認知症介護実践研修（実践者リーダー研修）

**第（　１・２　回）認知症介護実践者研修（実践リーダー研修）**

**受講依頼書および実習生受入承諾書**

洞爺湖会場（受講希望の回、いずれかを○で囲んでください。）

平成　　　　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（実践リーダー研修）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。

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

【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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）