

## 2019 年度 認知症ケア研修受講申込書

ふりがな		職 種	
氏 名			
保健・医療・福祉分野専門職実務経験年数	◎認知症ケアに携わった経験年数（実際に認知症の方を支援した経験年数をお書きください。専門病棟等でなくても構いません）		
年           ヶ月 (7月31日現在の年数を記入)			年           ヶ月 (7月31日現在の年数を記入)
勤務先 名 称			
連絡先  (電話は日中連絡 が取れる番号を記 載してください)	※どちらかにチェックしてください <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 個人		
	〒                   —		
	TEL :                   (                    )		内線 :
メールアドレス			

※神奈川県立保健福祉大学実践教育センター個人情報取扱方針に基づき、収集した個人情報は利用目的の範囲内で適正に取り扱います。

### 【申込方法】       ※(1)又は(2)のいずれかの方法でお申込みください。

**(1)メールによる申込み【受講決定通知はメールにてお知らせします】**

実践教育センターホームページ(<http://jissen.kuhs.ac.jp/>)から「受講申込書」をダウンロードし、保存した上記ファイルを添付のうえ、下記に送信してください。

<メール送信先>   kensyu-15.j@kuhs.ac.jp

**(2)郵送による申込み【受講決定通知はいただいた返信用封筒にてお知らせします】**

「受講申込書」に必要事項を記入し、返信先を明記した返信用封筒(長形3号の封筒に82円切手を貼付のこと)を同封のうえ、下記に郵送してください。また、封筒には「認知症ケア研修」と朱書きしてください。

### 【申込期間】       5月24日(金)～6月7日(金) 必着

<郵送先>

〒241-0815   横浜市旭区中尾 1-5-1

神奈川県立保健福祉大学実践教育センター実践教育部「認知症ケア研修」担当