

2024年度〔第

--

回〕

- 【1】 認知症介護実践研修(実践者研修)
- 【2】 認知症介護実践研修(実践リーダー研修)
- 【3】 認知症対応型サービス事業開設者研修
- 【4】 認知症対応型サービス事業管理者研修
- 【5】 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

訂正依頼届

※研修名をチェックすると共に、受講希望回を必ず記入

記入日	年	月	日
-----	---	---	---

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター
福祉のまちづくり研究所長 様

代表者

会社・病院等 法人名			
代表者	役職		氏名

申込責任者及び申込事務担当者

※申込責任者は、原則として申込者の勤務する法人の所属長 かつ 申込時と同じ方

部署・施設・事業所名				申込責任者印
申込責任者 (現所属長等)	役職		氏名	印
事務担当※	所属 役職等		氏名	
連絡先	TEL (日中)	-	FAX	-

※申込内容の確認等事務連絡がある時、所属長が直接ご対応頂く場合に限り事務担当欄は省略可

下記職員の情報に誤りがあったため、訂正依頼を届け出します。

申込者(受講者)

※パソコン等で入力される場合、性別や生年月日の○は必要に応じてずらしてください。

ふりがな			性別	生年月日	年齢	申込者本人印
氏名	(姓)	(名)	男 昭和 女 平成	年 月 日生	歳	印
施設・事業所名						
修正項目 (申込書にある 項目を記入)						
訂正前						
訂正後						
訂正理由						
研修センター 記入欄 ※記入しない ください						

※申込責任者(勤務する法人の所属長等)と申込者が同一人物の場合は受講不可

※代表者印欄・所属長印欄・申込者本人印欄 共に要押印