大誠会グループ　認知症看護・リハ・ケア体験研修申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.申込者情報 | 申込日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 施設・団体名 |  |
| 住 所 |  |
| 代表者氏名 |  | 代表者役職 |  |
| 申込担当者 |  | 所属部署・役職 |  |
| 電 話 |  | FAX |  |
| Mail |  |

2.参加希望者数および希望日程

　※なお、希望日の前月15日までに、お申し込みをお願い致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加者人数 |  | 第一希望 | 第二希望 | 第三希望 |
| 人 |  | 月　　日 | 月　　日 | 月　　日 |

3.参加希望者名簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 職 種 | 職 位 | 氏 名 | 特記事項・資格等 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 合計人数 | 人 |

4.本視察・研修を知ったきっかけ(よろしければお教え下さい)

|  |
| --- |
|  |

5.その他(重点的に視察したい施設や研修したい内容の希望等があればご記載下さい)

|  |
| --- |
|  |

大誠会グループ 理事長　殿

**体験研修 規程書**

下記規程を遵守し、認知症看護・リハ・ケア体験研修を申込みます。

記

1. 第三者のプライバシーに配慮して､許可がない限り施設内の撮影はご遠慮ください。
2. 大誠会グループの「個人情報保護方針」を遵守の上、研修中に知り得た個人情報は、決して外部へ漏らさないでください。
3. 施設内ではマスクを着用の上、医療従事者としての自覚と責任を持って行動してください。
4. 研修当日までに体調不良者が生じた場合は、直ちに担当者へ連絡してください。

研修終了後3日以内に各種感染症への罹患が確認された場合も、直ちに担当者へ連絡してください。

1. 研修中に万が一の事故が発生した場合は、大誠会グループの賠償責任保険に則り対応いたします。但し、故意または重大な過失による事故については、ご本人の負担とさせていただきます。

以上　5点を遵守いたします。

**日付：　令和　　年　　月　　日**

**施設名：**

**署名**：　　　　　　　　　　 印

※申込担当者の方の署名で構いません。

大誠会グループ 統括人財総務部 志学舎TEL 0278-23-1232　FAX 0278-24-5340

Mail shigakusha@taiseikai-group.com