

大誠会グループ 施設視察、認知症ケア・リハ等研修申込書(1/2)

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(参加希望者のお名前等を2枚目にご記入下さい)

※なお、希望日の45日前までに、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. 希望プログラム

プログラム名	時間等	希望(○)
Ⅱ-I. 施設視察プログラム	① 午前コース	
	② 午後コース	
Ⅱ-II. 認知症ケア・リハ等 体験研修プログラム	① 座学・午前コース	
	② 座学・午後コース	
	実習コース	

4. 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)

【志学舎記載欄】

大誠会グループ 視察・研修プログラム申込書(2/2)

5. 参加希望者名簿

(※2～4名にてお受けします)

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

6. 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)

--