**令和4年度　泉南市ライフサポートコーディネーター研修**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付№ |  |
| 申し込み受理日 |  |

**受　講　申　込　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　　名 |  | 男　　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　　　　才 |
| 所属事業所名 |  |
| 所属事業所住所 | 〒泉南市 |
| 連絡先 | ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 携帯・メールアドレス |
| 職種・役職 |  |
| 認知症ケア経験、所有資格 | 　　　　　　年　 |
| 受講動機 | ※今後の泉南市において、どのような地域づくりを行いたいか等具体的に |

推薦者　　　　事業所名

　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

お申し込み・お問い合わせは　（月～金　9時～17時）

**特定非営利活動法人泉南市認知症ケア研究会**

**〒　590－0522　　泉南市信達牧野９７３**

**ＴＥＬ　０７２－４２５－５７１０　　ＦＡＸ　０７２－４２５－５７１０**

本研修の申込等に記載された事項は、個人情報を適正に管理し、泉南市ライフサポートコーディネーター養成研修に関する業務以外に使用することは致しません。