様式1－2号（第5条関係）

（※2枚目もあります）

令和　　年　　月　　日

社会医療法人北九州病院

理事長　佐多　竹良　様

申 込 者　　〒

住　　所：

法 人 名：

印

事業所名：

代表者名：

電話番号：

担当者名：

E-MAIL：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（オンライン開催時のみ使用します）

**令和5年度　認知症介護実践リーダー研修受講申込書**

※修了証書作成のため、氏名は楷書で、はっきりと記載して下さい。（「髙」を「高」など略さないでください。）



**※認知症介護実践者研修（旧基礎課程）修了証書の写しを必ず添付してください。**

上記に掲載された個人情報は、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。

2枚目

**受講希望者氏名**

上記に掲載された個人情報は、本研修実施に関する目的以外での利用はいたしません。

**認知症介護実践リーダー研修受講希望理由**