

## DCM研修基礎コース受講申込書（オンライン開催分）

写真貼付欄  
3×2.5程度

|                                    |   |     |          |                   |          |    |           |
|------------------------------------|---|-----|----------|-------------------|----------|----|-----------|
| 応募回数                               | 初めて・（ ）回目                                 |     |          |                   |          |    |           |
| フリガナ                               |   |     | 生年<br>月日 | 西暦<br>年<br>月<br>日 | 年齢<br>歳  | 性別 | 男・女       |
| 氏名                                 |   |     |          |                   |          |    |           |
| フリガナ                               |   |     |          |                   |          |    |           |
| 自宅住所                               | 〒   |     |          |                   |          |    |           |
| 自宅連絡先                              | 電話番号                                      |     |          |                   | FAX番号    |    |           |
| フリガナ                               |   |     |          |                   | サービス種別   |    |           |
| 職場名                                |   |     |          |                   |          |    |           |
| フリガナ                               |   |     |          |                   | 職種および職位  |    |           |
| 職場住所                               | 〒   |     |          |                   |          |    |           |
| 勤務連絡先                              | 電話番号                                      |     |          |                   | FAX番号    |    |           |
| Eメール<br>アドレス                       |   |     |          | 書類送付先             | 自宅 ・ 勤務先 |    |           |
| 健康状況など                             | 受講に際して、事務局の配慮が必要だと思われる場合お書きください。例：車椅子での参加 |     |          |                   |          |    |           |
| シルバー総合研究所の会員に入会しますか<br>(○で囲んでください) |   |     | はい       |                   | いいえ      |    | すでに入会している |
| 主 な 職 歴                            |   |     |          | 認知症介護に関する研修の受講歴   |          |    |           |
| 年 月～                               |   | 年 月 |          |                   |          |    |           |
| 年 月～                               |   | 年 月 |          |                   |          |    |           |
| 年 月～                               |   | 年 月 |          |                   |          |    |           |
| 主 な 資 格                            |   |     |          |                   |          |    |           |
|                                    |   |     |          |                   |          |    |           |
|                                    |   |     |          |                   |          |    |           |
| 受講希望理由を簡単にお書きください                  |   |     |          |                   |          |    |           |
|                                    |   |     |          |                   |          |    |           |
|                                    |   |     |          |                   |          |    |           |
|                                    |   |     |          |                   |          |    |           |
|                                    |   |     |          |                   |          |    |           |

上記のとおり申し込みます。

年 月 日

氏名

印