送信先：三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課　行

FAX：059-222-0305　※送り状は不要です。

令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

**令和7年度業種別研修【児童福祉施設職員研修】**

**「認知症のBPSDの予防・改善に向けたチームケアについて」**

**受講申込書【オンデマンド配信用】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法　人　名 |  | 研修担当者氏名 |  |
| 施　設　名 |  | 視聴予定者人数 | 人 |
| 申込法人・施設住所 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | | |
| **メールアドレス** | ※はっきりとわかるようにご記載ください。 | | |
| 請求書  送付先住所 | ※上記と異なる場合**のみ**ご記入ください。  〒 | | |
| 請求書  送付先 | ※指定がない場合はお申込み時の施設に送付いたします。 | | |
| 請求書  宛　名 | ※指定がない場合はお申込み時の施設が所属する法人に送付いたします。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **備　考** |  |

|  |
| --- |
| 申込締切：11月21日（金）　13：00まで |

※会場での受講を希望される場合は別途お申込みが必要となります（様式が異なります）。

※お申込みいただく前に必ず「開催要綱」をご確認ください。

※ご記入いただいた個人情報は、当研修事業の運営以外には使用いたしません。

　　【お問い合わせ先】　　〒514-8552　三重県津市桜橋2丁目131　三重県社会福祉会館2階

　　　　　　　　　　　　　　 　社会福祉法人 三重県社会福祉協議会　三重県社会福祉研修センター

　　　　　　　　　　　　　 TEL：059-213-0533 / **FAX：059-222-0305**