事務局記入欄

TEL 確認日時：　　月　日 時　分 コード（　　）	受付 NO

申込締切：平成 28 年 6 月 22 日（水）15 時

サービス提供責任者現任者研修申込書

福祉研修センター　宛　　FAX045-313-0737　　平成 28 年　月　日

順位	ふりがな		生年月日	性別
	氏　名		西暦	男　・　女
所属事業所 名称 住所		（事業所名） （所在地）〒	事業所電話番号 事業所 FAX 番号	
問合窓口担当者名				

取得資格	※取得した資格、修了した研修にチェックをつけてください □ヘルパー２級　□ヘルパー1 級　□介護福祉士　□介護支援専門員　□准看護師 □看護師　□社会福祉士　□介護職員実務者研修 □その他（　　）

サービス提供責任者 としての実務年数	カ年　カ月	勤務形態	常勤　・　非常勤　・　登録
ホームヘルパーとしての 活動歴	有　（約　年　ヵ月）　・　無		

あなたの活動状況等についてご回答ください（2016 年 4 月末現在で記入）

①あなたが担当している利用者世帯数　　ケース

②あなたがこの１年で作成した訪問介護計画の数（だいたいで結構です）　　ケース

③　貴事業所のヘルパー数：常勤（　　）名　非常勤（　　）名　登録（　　）名

　　サービス提供責任者の人数：（　　）名　サービス提供責任者と管理者との兼務　有　・　無

この研修を希望する理由をご記入ください

※事業所から複数名申込される場合は複写してください。また事業所内優先順位を「順位」の枠に記入してください。

(注)FAX送信後は必ず事務局に電話で送受信確認をしてください。番号間違えのないよう、お気をつけください。

TEL:045-311-1429　FAX:045-313-0737

個人情報の利用目的 本研修事業にあたり、受講者の選定及び通知等を行うため受講申込書に記載された個人情報を利用します。受講決定者においては研修の効果的な実施に資するため、研修講師に情報提供を行うほか、受講者の相互交流のため、受講者氏名・所属について情報提供を行います。