

申込締切：平成28年12月20日（火）15時

TEL 確認： 月 日
時 分

受付番号

第2回サービス提供責任者初任者研修 受講申込書

FAX 045-313-0737

福祉研修センター 宛

◆施設情報

平成 年 月 日

事業所名					
所在地	〒	TEL :			FAX :
研修担当（お問い合わせ担当）者氏名：					
貴事業所のサービス提供責任者の人数 （ ）人					

◆受講者情報

優先順位	フリガナ			受講者 ID	※①	
1	受講者氏名	姓	名	職種 ○で囲んでください	サービス提供責任者 訪問介護員 その他（ ）	
	性別	男性 ・ 女性		在宅経験年数	年 月	
	生年月日	西暦	年 月 日	サ責業務経験	年 月	
サービス提供責任者関連研修受講の有無			有 ・ 無	※②関連資格の有無		有 ・ 無
受講希望理由（受講申込者をご自身で記入してください※必須）						

優先順位	フリガナ			受講者 ID	※①	
2	受講者氏名	姓	名	職種 ○で囲んでください	サービス提供責任者 訪問介護員 その他（ ）	
	性別	男性 ・ 女性		在宅経験年数	年 月	
	生年月日	西暦	年 月 日	サ責業務経験	年 月	
サービス提供責任者関連研修受講の有無			有 ・ 無	※②関連資格の有無		有 ・ 無
受講希望理由（受講申込者をご自身で記入してください※必須）						

※①本会 ID カードをお持ちの方のみご記入ください。※②介護福祉士、訪問介護員1級、介護職員実務者研修、看護師等を指します。

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・所属等について情報提供を行います。

(注)送信の際は間違いないよう、ご注意ください。また送信後に必ず事務局に電話で送受信確認をしてください。

TEL:045-311-1429 FAX:045-313-0737