

申込締切：平成29年4月20日（木）15時

TEL 確認： 月 日  
時 分

受付番号

# 平成29年度第1回サービス提供責任者初任者研修 受講申込書

※介護保険指定 訪問介護事業所のサービス提供責任者対象

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		
有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅に併設の訪問介護事業所（該当にチェック）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

## ◆受講者情報 ※2名以上お申込みの場合は、優先順位をご記入の上この申込書をコピーしてお使いください。

優先順位	フリガナ							
	受講者氏名	姓	名					
	性別	男性	・	女性	在宅経験年数 年 ヶ月			
	生年月日	西暦	年	月	日	サ責業務経験 年 ヶ月		
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（ ）	※訪問介護員・その他の職種の方は、サ責となる予定月をご記入ください。						
サービス提供責任者関連研修受講の有無		有	・	無	※①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）								
受講者 ID	※②							

※①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。

※②本会 ID カードをお持ちの方のみご記入ください。

**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