

【申込締切】平成31年2月6日(水)15時必着

TEL 確認日時: 月 日 時 分
施設コード:

福祉研修センター 宛

FAX: 045-313-0737 TEL: 045-311-1429 (月～金 8:30～17:15)

(注) FAX送信時は、今一度、番号をお確かめの上、おかけ間違いのないようご注意ください。また、送信後は必ず事務局に電話で送受信の確認をしてください。

平成30年度介護技術研修(応用編) 受講申込書

[2/27 開催 利用者の意思を介護職はどう支えるか～ACP の概念から学ぶ]

◆施設情報

平成 年 月 日

法人名			
施設名			
所在地	〒	TEL :	FAX :
(フリガナ) 研修担当(記入)者氏名			県社協施設会員 会員 ・ 非会員

◆受講者情報 ※2名以上お申込みの場合は、優先順位(1～2)をご記入ください。また、3名以上お申し込みの場合は、お手数ですが、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	姓	名	職種コード	現職場入職年月 (西暦)	年 月
※	受講者氏名	姓	名	職種コード	現職場入職年月 (西暦)	年 月
	性別	男性	女性			
	生年月日	西暦	年 月 日			
受講動機: この研修で学びたいこと						
優先順位	フリガナ	姓	名	職種コード	現職場入職年月 (西暦)	年 月
※	受講者氏名	姓	名	職種コード	現職場入職年月 (西暦)	年 月
	性別	男性	女性			
	生年月日	西暦	年 月 日			
受講動機: この研修で学びたいこと						

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。

職種コード

職種	職種コード
主任介護職員	47
介護職員	48
看護職員	57
保健師	61
その他	69