

【申込】第1次締切:平成31年2月8日(金)15時
 第2次締切:平成31年3月8日(金)15時
 福祉研修センター 宛

TEL 確認日時: 月 日 時 分
 施設コード:
 県社協施設会員: 会員施設 ・ 会員外施設

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年度高齢者福祉施設等職員研修 受講申込書

[介護職向け 3/15:金曜日(14:30~17:00)]

◆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 | | | |

◆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 | | |
|-------------|-------|----|-------|-------|-----|------------------------|
| ※ | 受講者氏名 | 姓 | 名 | 職種コード | 年 月 | |
| | 性別 | 男性 | 女性 | | | 現職場経験年数 (平成30年4月時点) |
| | 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 | | | |
| 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 | | |
| ※ | 受講者氏名 | 姓 | 名 | 職種コード | 年 月 | |
| | 性別 | 男性 | 女性 | | | 現職場経験年数 (平成30年4月時点) |
| | 生年月日 | 西暦 | 年 月 日 | | | |
| 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 |
| その他 | 69 |