

締切：令和元年 10 月 21 日（月）15 時必着

FAX 045-313-0737 福祉研修センター宛

TEL 確認日時：  
月 日  
時 分

受付番号

# 令和元年度 新任福祉・介護施設等職員合同交流・研修会 【秋期】 受講申込書

## ◆施設情報

令和元年 月 日

|              |   |       |  |  |       |
|--------------|---|-------|--|--|-------|
| (法人名)<br>施設名 |   |       |  |  |       |
| 所在地          | 〒 | TEL : |  |  | FAX : |
| 研修担当（記入）者氏名： |   |       |  |  |       |

## ◆受講者情報

|              |      |         |       |             |          |
|--------------|------|---------|-------|-------------|----------|
| 希望地域に○       | フリガナ |         |       | 保有資格        |          |
| 横浜           | 氏名   | 姓       | 名     | 職種コード       | ※①       |
| 海老名          | 性別   | 男性 ・ 女性 |       | 福祉職<br>経験年数 | 年 ヶ月     |
| 事業所内<br>優先順位 | 生年月日 | 西暦      | 年 月 日 | 現施設<br>入職年月 | 西暦 年 月入職 |
| 希望地域に○       | フリガナ |         |       | 保有資格        |          |
| 横浜           | 氏名   | 姓       | 名     | 職種コード       | ※①       |
| 海老名          | 性別   | 男性 ・ 女性 |       | 福祉職<br>経験年数 | 年 ヶ月     |
| 事業所内<br>優先順位 | 生年月日 | 西暦      | 年 月 日 | 現施設<br>入職年月 | 西暦 年 月入職 |
| 希望地域に○       | フリガナ |         |       | 保有資格        |          |
| 横浜           | 氏名   | 姓       | 名     | 職種コード       | ※①       |
| 海老名          | 性別   | 男性 ・ 女性 |       | 福祉職<br>経験年数 | 年 ヶ月     |
| 事業所内<br>優先順位 | 生年月日 | 西暦      | 年 月 日 | 現施設<br>入職年月 | 西暦 年 月入職 |

※① 職種コード〈別表1〉は、下記を参照してください

申込者が多く記入欄が不足する場合はコピーのうえ、お申込みください。

| 職種コード | 職種              | 職種コード | 職種             |
|-------|-----------------|-------|----------------|
| 46    | 生活相談員・指導員・児童指導員 | 56    | 栄養士（管理栄養士含む）   |
| 48    | 介護職員・生活支援員      | 57    | 看護職員（看護師・准看護師） |
| 50    | 保育士             | 59    | ホームヘルパー        |
| 52    | 事務職員            | 69    | その他            |

（注）おかけ間違いのないようにお気をつけください。FAX 送信後は着達確認の電話をお願いします。

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

