

※本票のみFAX送信してください。(別途送信票は不要です。)

大分県社会福祉介護研修センター

FAX (097)552-6868

受付NO.

大分県社会福祉介護研修センター記入欄

締切:平成29年5月12日(金)17:00までに必着

平成29年度サービス計画担当者研修(基礎課程)受講申込書

〈対象:指定訪問介護事業所のサービス提供責任者・指定通所介護事業所のサービス計画担当者〉

	※ふりがな	※生年月日	性別	※計画担当者としての経験年数	資格	※該当する方(①か②)に○印をつけて下さい	備考
	※氏名						
1	昭和 年	平成 月 日	男・女	年 月	1. 介護福祉士 2. 介護職員実務者研修 3. 介護職員初任者研修 4. その他 ()	①通所 5月23日(火) 5月24日(水)	
	平成 月 日					②訪問 6月 7日(水) 6月 9日(金)	
2	昭和 年	平成 月 日	男・女	年 月	1. 介護福祉士 2. 介護職員実務者研修 3. 介護職員初任者研修 4. その他 ()	①通所 5月23日(火) 5月24日(水)	
	平成 月 日					②訪問 6月 7日(水) 6月 9日(金)	

※応募多数の場合は、人数調整をさせていただくことがあります。優先順位の高い方からご記入下さい。

事業所郵便番号	〒
事業所住所	
法人名	
事業所名	
研修担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

【受講申込者(管理者)記入欄】

上記の者を標記研修会に受講させたく申し込みます。

役職名

氏名

公印

※記載された受講者に関する個人情報は、受講者の名簿の作成や演習時の班分け等、研修事業関連の目的にのみ使用するもので、その他で使用することはありません。