

※本票と事前質問票をFAX送信してください(送信票不要)。
※メール添付での返信による申込みは受付できません。

◇受付No.
(研修センター記入欄)

大分県社会福祉介護研修センター

FAX (097)552-6868

締切:令和3年8月3日(火) ※17:00 必着

令和3年度 介護職員現任者研修 受講申込書

〈対象:指定通所・訪問介護事業所の現任の介護職員〉

ふりがな 氏名	生年月日	性別	経験年数 (通算)	資格	該当する方に ○印をしてください	備考
	昭和 平成 年 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 ()	通所介護事業所 訪問介護事業所	

マニュアルの購入について	希望します。	希望しません。
--------------	--------	---------

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 _____

※記載された受講者に関する個人情報、受講者名簿の作成、演習時の班分け等、研修事業関連の目的にのみ使用することとし、他の目的で使用することはありません。