

※本票のみFAX送信してください。(別途送信票は不要です。)
※メール添付での返信による申込みは受付できません。

別紙 1

大分県社会福祉介護研修センター

FAX 097-552-6868

締切:令和4年8月30日(火) 必着

受付NO.

センター記入欄

令和4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
()	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
マニュアル冊子購入希望		する ・ しない ※該当する方に○をしてください。			
備考					

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	※本研修参加について把握している方。ご本人不在時等にご連絡をさせていただく場合があります。
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 _____

※1必要事項を全て記入してください。記入方法等不明な点がありましたら、担当までご連絡ください。

※2記載された受講者に関する個人情報は研修事業関連の目的にのみ使用し、他の目的で使用することはありません。