

FAX : 072-838-0102 (FAX の場合は、電話で必ず受信確認をしてください)

在宅支援員養成研修申込書 (事業所用)

事業所名			
連絡先	電話 :	(責任者 :)

研修参加希望者

(※修了証を発行しますので、氏名に間違いがないように注意してください。)

	(ふりがな) 氏名	生年月日 (年齢)	住 所	参加希望回
1	()	()		第1希望 : 月分 第2希望 : 月分
2	()	()		第1希望 : 月分 第2希望 : 月分

※参加希望者が、下記の資格を有していないかご確認ください。

(既に下記の資格を有している場合は、在宅支援員として働くことができます)

- 介護福祉士 実務者研修修了者 訪問介護員1級
- 訪問介護員2級 看護師 准看護師
- 介護職員初任者研修修了者 (旧介護職員基礎研修課程修了者)

※参加の決定は、各回申込締切日以降、事業所に連絡します。

※研修の1日目と2日目を別の回で受講することはできません。例えば、「7月実施分の1日目」と「9月実施分の2日目」という申込はできません。

※研修の定員は各回 15名 (先着順) です