

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（個人用）

研修参加希望者

(ふりがな) 氏名	
連絡先（電話）	(自宅・携帯)
生年月日（年齢）	
住所	
参加希望回	第1希望： 月実施分 第2希望： 月実施分

(※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。)

※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、上記連絡先に連絡します。

※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。