

申込締め切り：平成 29 年 12 月 8 日（金）15 時必着

平成 29 年度介護技術研修（応用編）受講申込書

受付番号

TEL 確認日時

月 日
時 分

FAX : 045 (313) 0737

福祉研修センター 宛

施設 会員・非会員

◆施設情報

平成 年 月 日

施設名			
所在地	〒	TEL :	FAX :
研修担当者氏名			

◆受講者情報

優先順位	フリガナ			受講者 ID	※①
※③	受講者氏名	姓	名	職種コード	※②
	性別	男性	女性	福祉職経験年数	年 ヶ月
	生年月日	西暦	年 月 日	現職場経験年数	年 ヶ月

受講希望理由（介護で困っていることなど、受講申込者ご自身で記入してください※必須）

★講師の技術指導を受けたい施設（○で囲んでください） ⇒ 希望する

※①受講者 ID 欄は、ID カードをお持ちの方のみご記入ください。

※②職種コードは下表を参照ください。

※③2名以上お申込みの場合は優先順位をご記入の上、本申込書をコピーして使用ください。

職種 CODE	職 種	職種 CODE	職 種
41	理事長	55	調理員
42	理事長以外の役員	56	栄養士（管理栄養士を含む）
43	施設長	57	看護職員（看護師・准看護師）
44	副施設長	58	医師
45	主任生活相談員・主任指導員・主任児童指導員	59	ホームヘルパー
46	生活相談員・指導員・児童指導員	60	理学療法士・作業療法士・臨床心理士等
47	主任介護職員・主任生活支援員	61	保健師
48	介護職員・生活支援員	62	厚生員
49	主任保育士	63	管理人
50	保育士	64	介助員
51	事務長	65	介護支援専門員
52	事務職員	66	サービス提供責任者
53	相談員（MS、PSを含む）	69	その他

個人情報の利用目的 本研修事業にあたり、受講者の選定及び通知等を行うため受講申込書に記載された個人情報を利用します。受講決定者においては研修の効果的な実施に資するため、研修講師に情報提供を行うほか、受講者の相互交流のため、受講者氏名・所属について情報提供を行います。

（注）FAX 送信時はお間違いないようご確認のうえ、送信

後は事務局に電話で送受信確認をしてください。

TEL:045-311-1429 FAX:045-313-0737