霧島市地域包括ケア･ライフサポートワーカー養成研修受講申込書

平成　　年　　月　　日

霧島市地域密着型サービス事業者連合会

会長　黒岩　尚文　様

申込者（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所名）

（代表者役職）

（代表者氏名・代表者印）　　　　　　　　　　　　　　　印

霧島市地域密着型サービス事業者連合会が行う上記研修に下記の者を受講させたく申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな) | （　　　　　　　　） | 性　別 | 男　・　女 | 年齢 | 　　　　 |
| 氏　　　名 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | 職　種 |  |
| 事業所名 |  | 職　場連絡先 | TEL |
| 職場住所 | 〒 | FAX |
| 主な職歴 | 勤務先 | 年月～年月 | 職務内容 |
|  |  |  |
| 介護現場経験年月数　　　　　　　通算　　年　　か月 |
| 資格 | １　医師　２　歯科医師　３　薬剤師　４　社会福祉士　５　介護福祉士６　精神保健福祉士　７　看護師・準看護師　８　作業療法士　９　理学療法士　10　言語聴覚士 11　歯科衛生士　12　介護支援専門員　13　認知症介護実践者研修修了14　介護職員基礎研修修了　15　その他(　　　　　　　　　)※　認知症介護実践者研修修了者及び介護職員基礎研修修了者は研修修了証の写しを添付してください。 |

■記入上の諸注意について

※1　申込書に記載された「氏名」「生年月日」をもとに、修了証書を作成しますので、楷書ではっきりとご記入ください。特に、氏名に旧字体等を用いる場合には、ご注意ください。

※2　原則として遅刻、欠席、早退は認めません。

※3　決定した受講者を、法人内で変更することはできません。

※4　記載内容に事実と反する記載が発見された場合、修了を取り消します。

※5　研修期間の途中で本人または法人の都合により受講が出来なくなった場合、または

　 　受講取り消しとなった場合、いずれにおいても、受講料の返金は致しません。

* 申込期限：平成30年7月27日(水)必着　郵送もしくは事務局までご持参ください。

|  |
| --- |
| 受講料振込用紙貼付場所 |