|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 福島県社会福祉協議会 介護実習・普及センター 行  ＦＡＸ：**０２４３－６２－４６３３**  **メール：kaigo@fukushimakenshakyo.or.jp** |  | 到着  確認印 |  | ※確認印は受講決定を確約するものではありません。 |

**令和６年度 地域介護専門職員研修　受講申込書**

令和　 年　　　月　　　日

**１．勤務先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設・  事業所名 |  | | 施設種別 |
|  |
| 所在地 | 〒  Tel　　　　　　　　　　　　 Fax | | 事務担当者 |
|  |
| Ｅメールアドレス | |  | |

**２．受講希望者**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職名 |  | | ふりがな |  | | 性別（性自認） |
| 氏名 |  | |  |
| 生年月日 | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日  （　　　　　歳） | | ※現職経験年数 | 福祉・保健・医療の通算経験年数 | |
| 年　　　　月 | 年　　　　月 | |

※現職経験年数、福祉・保健・医療の通算年数は、受講希望研修の属する月現在でご記入ください。なお、研修を複数申し込まれる場合は、そのうちの日付が**早い研修に合わせてご記入ください。　例）排泄ケア研修⇒令和6年8月現在で記入**

**３．受講希望コース（複数同時申込可）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 研修№ |  | 研修名 |  | 研修  期日 |  |
| ２ | 研修№ |  | 研修名 |  | 研修  期日 |  |

　※２つ以上の研修受講を希望する場合は、受講申込書をコピーしてお使いください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　プログラムはこちらからも確認できます（研修番号24以降）⇒

**４．受講前アンケート**

【受講者本人記載欄】 ※複数研修受講の場合、疑問・質問等は**研修名を必ず**記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修に期待することや講師への質問はありますか？ |  |

【上司記載欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職名 |  | 氏名 |  |
| どんなことを期待して職員を派遣されますか。 |  | | |

**◆上記１～４の各項目は、必ず全てご記入ください。**

**◆申込締切日は研修毎に異なります。詳しくは開催要綱や本会ＨＰ（上記の２次元コード）をご確認ください。**

**◆送信いただいてから３営業日以内に確認の返信FAXが無い場合、お手数ですが ℡0243-23-8306へご連絡ください。**