

平成30年度 介護職員リスクマネジメント研修 受講申込書

FAX 076-432-6516

富山県福祉カレッジ学長 宛

平成30年 月 日

施設名: _____

代表者職・氏名 _____

住所: 〒 _____

TEL: _____ FAX: _____

記入者職・氏名 _____

下記のとおり申し込みます。

受講者氏名・性別	職種名 介護職の経験年数	取得資格 (該当するものに○を付けてください)	希望の日程 (○を付けてください)	
ふりがな (たてやま はなこ) 立山 花子 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	グループホームの 介護職 7年6ヶ月 (H30/4/1 現在)	<input checked="" type="radio"/> 介護福祉士 介護支援専門員 その他 ()	【第1回】 9月6日(木)・7日(金)	<input type="radio"/>
ふりがな () 男 ・ 女	年 月 (H30/4/1 現在)	介護福祉士 介護支援専門員 その他 ()	【第1回】 9月6日(木)・7日(金)	
ふりがな () 男 ・ 女	年 月 (H30/4/1 現在)	介護福祉士 介護支援専門員 その他 ()	【第1回】 9月6日(木)・7日(金)	
			【第2回】 11月8日(木)・9日(金)	

◎申込締め切り: 第1回 平成30年7月13日(金) 第2回 平成30年9月21日(金)

- 1 受講決定された方は、ご自身が関与した介護事故あるいはヒヤリハットの事例(様式は貴施設のものを使用してください)を提出していただくことになります。
- 2 受講決定及び連絡事項等については、施設長あてに通知します。

※ 受講決定通知の送付先が、所属施設以外(法人等)をご希望の場合は、宛名・住所・担当者ご連絡先を下欄にご記入ください。

宛名	住所	担当者名・連絡先
	〒	() -