

令和3年度介護職員リスクマネジメント研修 受講申込書

令和 3年 月 日

勤務先	法人名			
	事業所種別 (○をつけてください)	特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・小規模多機能型居宅 グループホーム・障害福祉関係施設・その他()		
	事業所名			
	連絡先	住所	〒 -	
		電話		FAX
記入者職・氏名				

受講希望者	(ふりがな) 氏名	()	性別	男・女
	職種			
	資格 (お持ちの場合、 ○をつけてください)	介護福祉士・介護支援専門員・その他()		
	介護・福祉職歴 〈通算〉 (令和3年4月1日現在)	年 ヶ月		
	本研修への参加について該当するものに ☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 所属の上司等からの指示で参加(職務命令、経費等は所属負担) <input type="checkbox"/> 自己研鑽の一環として自ら進んで参加(経費等は所属負担) <input type="checkbox"/> 自己研鑽の一環として自ら進んで参加(経費等は自己負担) <input type="checkbox"/> その他()		

【備考】

◎申込締切日： 令和3年5月21日(金)

富山県福祉カレッジ 教務課 担当 川崎 宛 FAX:076-432-6516