

令和6年度 介護・福祉事業所における 安全対策担当者養成研修 受講申込書

令和 6年 月 日

勤務先	法人名			
	事業所名			
	事業所種別 (○をつけてください)	特別養護老人ホーム(地域密着型を含む)・介護老人保健施設 介護医療院・認知症対応型共同生活介護 短期入所生活介護施設・小規模多機能型居宅介護 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 障害福祉サービス事業所・その他()		
	連絡先	住所	〒 -	
		電話		FAX
記入者職・氏名				

受講希望日 (希望日欄に○をつけてください)	【 第1回 】 6月5日(水)・6日(木)	【 第2回 】 8月6日(火)・7日(水)
---------------------------	---------------------------------	---------------------------------

受講希望者	氏名	(<small>ふりがな</small>)	性別	男・女
	職種			
	資格 (お持ちの場合)			
	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6年5月17日(金)

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