

令和4年度 介護施設における安全対策担当者養成研修 受講申込書

令和 4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・短期入所生活介護施設・介護老人保健施設・ 介護療養型医療施設・介護医療院・小規模多機能型居宅・ 認知症対応型共同生活介護・サービス付き高齢者向け住宅・ 有料老人ホーム・障害福祉関係施設・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8日(水)・9日(木)	【 第2回 】 7月6日(水)・7日(木)
---------------------------	---------------------------------	---------------------------------

受講希望者	(ふりがな)	()	性別	男・女
	氏名			
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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4年5月20日(金)

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