

# 令和2年度介護職員リスクマネジメント研修 受講申込書

令和 2年 月 日

勤務先	法人名				
	事業所名				
	連絡先	【住所】 〒 -			
		TEL		FAX	
		E:Mail			
担当者 所属・氏名					

受講希望者	(ふりがな) 氏名	( )	性別	男・女
	職種名			
	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2年8月1日現在)	年 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2年9月18日(金)

富山県福祉カレッジ 教務課 担当 川崎 宛

FAX: 076-432-6516