

2019 年度 観察の視点を活かした介護記録研修 受講申込書

2019年 月 日

FAX 076-432-6516
富山県福祉カレッジ学長 宛

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 介護職の経験年数 (2019/4/1 現在)	取得資格 (該当するものに○を付けてください)	コース (希望する日程に○を付けて下さい)	
【記入例】 ふりがな (たてやま はなこ) 立山 花子 男・女 (女)	グループホームの 介護職 7年6ヶ月	○ 介護福祉士 介護実務者研修 その他 ()	5/14(火)	○
			6/7(金)	
ふりがな () 男・女	年 月	介護福祉士 介護実務者研修 その他 ()	5/14(火)	
			6/7(金)	
ふりがな () 男・女	年 月	介護福祉士 介護実務者研修 その他 ()	5/14(火)	
			6/7(金)	

◎申込締め切り: 3月29日(金)

- 1 受講決定された方は、ご自身が担当の利用者1名の1日分(日中のもの)の介護記録(記入済みのもの)のコピーを持参していただくことになります。
- 2 受講決定は、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、下欄にご記入ください。

宛名	住所	担当者名・連絡先
	〒	() -