

2019年度 介護職員リスクマネジメント研修 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)	希望の日程 (○を付けてください)	
【記入例】 ふりがな (たてやま はなこ) 立山 花子 男・女	グループホームの 介護職 7年6ヶ月	○ 介護福祉士 介護支援専門員 その他 ()	【第1回】 5/8・5/28・6/13	○
ふりがな () 男・女	年 月	介護福祉士 介護支援専門員 その他 ()	【第1回】 5/8・5/28・6/13	
ふりがな () 男・女	年 月	介護福祉士 介護支援専門員 その他 ()	【第1回】 5/8・5/28・6/13	
			【第2回】 9/5・9/6・10/17	

◎申込締め切り: 第1回 3月29日(金) 第2回 7月26日(金)

1 受講決定された方は、ご自身が関与した介護事故あるいはヒヤリハットの事例(様式は貴施設のもの)を提出していただくことになります。

2 受講決定及び事前課題等については、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
	〒	() -