

令和3年度 介護職員リスクマネジメント研修(第2回)
受講申込書【7月7日・8日開催】

令和 3年 月 日

勤務先	法人名				
	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・グループホーム・ 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅・障害福祉関係施設・ その他()			
	事業所名				
	連絡先	住所	〒 -		
		電話		FAX	
記入者職・氏名					

受講希望者	(ふりがな) 氏名	()	性別	男・女
	職種			
	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3年4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3年6月4日(金)

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