

令和3年度介護職員のための福祉用具研修
 ～安全な介護と介護者の身体的負担軽減・腰痛予防のために～
申 込 書

令和3年 月 日

事業所 名称等			研修申込 担当者名	
連絡先 (事業所) 住所	〒 ー			
	TEL		FAX	

◆受講者 ※楷書ではっきりと記入してください。

1	フリガナ	
	氏 名	
	現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護・看護職 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> その他()
	取得資格 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者・基礎・実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員1・2級 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他()
	日 程	※ご希望の日程を○で囲んでください <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> A日程 B日程 </div>
2	フリガナ	
	氏 名	
	現在の職種	<input type="checkbox"/> 介護・看護職 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> その他()
	取得資格 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者・基礎・実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員1・2級 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他()
	日 程	※ご希望の日程を○で囲んでください <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> A日程 B日程 </div>

※受講は先着順に決定いたします。
 本会から受講決定の連絡や通知はいたしません。
 定員超過等で受講できない場合のみ御連絡いたします。

※受講者欄が不足する際は、本書をコピーしてください。

※事務局 確認欄	受付印