

平成29年度 職場研修担当者研修会
受 講 申 込 書

申込日 平成29年 月 日
※ 太枠内のみ記入

整理番号（記入不要）	第	号（	）
申 込 者	ふりがな		
	氏名		
	職名及び役職		
勤 務 先	法人等の名称		
	事業所名		
	事業所所在地	〒	— 市・郡 町・村
	事業所 T E L	—	—
	事業所 F A X	—	—
	問合先・担当者名		
	事業所種類	機関（事業所等）の種別（該当するものに○をつけてください） <高齢者関連> A. 養護老人ホーム B. 特別養護老人ホーム C. 軽費老人ホーム D. 有料老人ホーム E. 介護老人保健施設 F. デイサービスセンター G. 地域包括支援センター H. 認知症高齢者グループホーム I. 小規模多機能型居宅介護 J. 訪問介護事業所 K. 居宅介護支援事業所 L. その他（ ） <障害者(児)関連 知的障害・身体障害・精神障害> M. 障害者支援施設 N. 日中活動に関する事業を実施する事業所 O. グループホーム P. 障害児関連施設 Q. その他（ ） <保育> R. 保育園 S. 認定こども園 <その他> T. 保護施設 U. 児童関連施設 V. 市町村社会福祉協議会 W. 医療機関 X. その他（ ）	
	受講決定通知の送付先 ※1	<input type="checkbox"/> 事業所に同じ <input type="checkbox"/> 事業所外を希望 〒 — ※事業所外を希望する場合は御記入ください。 市・郡 町・村	

<申込期限>

平成29年5月12日(金)とします。

※1 受講決定通知の送付先が事業所と異なる場合は、送付先を記入してください。