

平成30年度 職場研修担当者研修会
受 講 申 込 書

申込日 平成30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	〒 ー 市・郡 町・村
	事業所TEL	ー ー
	事業所FAX	ー ー
	問合先・担当者名	
	事業所種類	<p>所属機関（事業所等）の主な種別（該当するものに○をつけてください）</p> <p><高齢者関連></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>L. その他（ ）</p> <p><障害者(児)関連 ></p> <p>M. 知的障害 N. 身体障害 O. 精神障害</p> <p>P. 障害者支援施設 Q. 日中活動に関する事業を実施する事業所</p> <p>R. グループホーム S. 障害児関連施設</p> <p>T. その他（ ）</p> <p><保育></p> <p>U. 保育園 V. 認定こども園</p> <p><その他></p> <p>W. 保護施設 X. 児童関連施設 Y. 市町村社会福祉協議会</p> <p>Z. 医療機関 その他（ ）</p>
	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 〒 ー ※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30年5月17日(木)

※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。