

【札幌シニア福祉機構・研修申込書】本用紙にご記入いただき、そのままFAXして下さい。

ホームページから Word 形式の申込用紙がダウンロードできます。

平成 30 年度 ケアマネ受験対策講座用 受講 申 込 書

研修日程		受講希望研修名	
受講を希望する研修に○をつけてください。			
	平成 30 年 8 月 18 日 (土)	ケアマネ受験対策講座①	
	平成 30 年 9 月 1 日 (土)	ケアマネ受験対策講座②	
受講者氏名	(フリガナ)	性 別	満 年 齢
		男 ・ 女	歳
主として従事している資格 (1つに○印)	介護福祉士・ホームヘルパー1級・2級・社会福祉士・社会福祉主事 看護師・准看護師・管理栄養士・栄養士・その他()		
福祉経験年数	【通算年数】 年 ヶ月	雇用形態	正規職員・非正規職員(臨時・パート・派遣) その他()
勤務先種別 (該当箇所○印)	特別養護老人ホーム・老人保健施設・特定施設入所者生活介護・ 認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・通所介護・訪問介護・ 通所リハ・短期入所・居宅介護支援事業所【その他】		
経営主体	社会福祉法人・医療法人・NPO 法人・株式会社・有限会社・その他()		
※1 か ※2 の どちら かにご 記入く ださい	※1 勤務先	名称 :	申込書記入者氏名
		住所 (〒)	
		電話 FAX	役職:
	※2 自宅 連絡先	住所 (〒)	勤務先名称
電話 FAX			

【※1と※2は、どちらかに記載願います。

事務局から連絡がある場合、記入先に連絡させていただきます。】

※ 1 は、施設・機関からの派遣(復命)研修や外勤扱いの場合

※ 2 は、自主的に参加する場合

【注】ご記入の個人情報は、本研修及び機構の研修運営並びに統計に使用する以外は、ご本人の同意なく開示することは致しません。

お申込み先 F A X 番号 : 011-897-1105

【札幌シニア福祉機構】行き

〒004-0014 札幌市厚別区もみじ台北 6 丁目 2 番 5-2 T E L 011-897-1100

※ FAX もしくはメールを送信された時点で申し込み受付となります。

当機構からの連絡は、定員超過によりご参加いただけない場合のみとさせていただきます。あらかじめ、ご了承ください。