

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

**ホームページから申込用紙がダウンロードできます。**

お1人様1枚ずつご記入ください。複数の研修申込みができます。

## 研 修 受 講 申 込 み 書

研修番号	研修日程	受講希望研修名	研修番号 18は 希望回数に○
	平成 30 年 月 日		1回目・2回目
	平成 30 年 月 日		1回目・2回目
	平成 30 年 月 日		1回目・2回目
	平成 30 年 月 日		1回目・2回目
	平成 30 年 月 日		1回目・2回目
受講者氏名	(フリガナ)	性 別 男 ・ 女	満 年 齢 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・実務者研修・初任者研修 社会福祉士・社会福祉主事・介護支援専門員・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 (該当箇所に○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・地域包括支援センター 【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FAX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号 TEL 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。