

受講申込書

研修名	実践リーダー研修
研修開始日	平成 30 年 8 月 22 日 (水)

ふりがな		年齢	性別	生年月日
氏名			男・女	昭和 年 月 日 平成
職 種 <small>(※当てはまる職種に○をつけてください)</small>	1 介護福祉士 2 訪問介護員 (級) 3 介護支援専門員 4 理学療法士 5 作業療法士 6 看護師 7 社会福祉士 8 医療ソーシャルワーカー 9 施設職員 10 生活相談員 11 その他 ()			
介護業務従事年数	年 カ月 (すべての施設・事業所等を通算してください。)			
受講要件	「認知症介護実践研修実践者研修」 修了 年 月 (経過年数 年 月)			
	「介護福祉士の有資格者」 資格取得 年 月 (経過年数 年 月)			
	「介護員養成研修介護職員基礎課程修了者」 修了 年 月 (経過年数 年 月)			
勤務先名称				
勤務先住所	〒			
	TEL () —			
	FAX () —			
勤務先種別	1 老人保健施設 2 特別養護老人ホーム 3 グループホーム 4 小規模多機能ホーム 5 その他 ()			

- * FAXまたは郵送にてお申し込みください。
[申込締切] 平成 30 年 8 月 17 日 (金)
- * 申込受付終了後、抽選とさせていただきます。
- * 受講1週間前になりましても、受講決定通知書が届かない場合は、お手数をおかけいたしますが、ご一報いただきますよう、よろしく願いいたします。
(受講いただけない場合も、ご連絡いたします。)
- * 申込書に記載された氏名にて終了証書の発行等いたしますので、提出前に再度漢字等の間違いがないよう、ご確認をお願いいたします。
- * 申込書に記載された個人情報、名簿の作成等、研修事業以外の目的には使用致しません。
- * 記入漏れや必要書類が未提出の場合、受講できなくなることがあります。
ご注意ください。

申込先
 ハーベスト医療福祉専門学校
 〒670-0962姫路市南駅前町91-6
 TEL : 079-224-1777
 FAX : 079-224-1779