

★個人用の申込書です。複数名で参加される場合は、複写して使用してください。

平成28年度 キャリアパス支援研修 申込書(下期)

申込日 平成 年 月 日

一般社団法人 広島県シルバーサービス振興会 行

※事務局記入欄 会員 一般

法人名			
事業所名			
事業所種別 (○印をしてください)	居宅 包括 小規模 グループホーム 特定 特養 療養型 老健 デイサービス デイケア 訪問看護 訪問介護 その他 ()		
勤務先電話番号		勤務先FAX番号	
ふりがな		男・女	介護職 看護職 その他 ()
受講者氏名			職名 (○印をしてください)
資格 (注1) (○印をしてください)	保健師 看護師 准看護師 PT OT ST 社会福祉士 介護福祉士 介護支援専門員 その他 () なし		
実務経験年数	年 月(複数事業所で勤務の場合は、トータルを記入してください)		

◆(注1)資格欄は、お持ちのものすべてに○印をしてください。

記載されているもの以外の資格をお持ちの方は、()内にご記入ください。(例：実務者研修・初任者研修・ヘルパー1・2級)

以下の研修への参加を申し込みます。

◆会場名には、○印をしてください。

研修番号	会場	開催日	テーマ
	広島・福山	/	

開催日の10日前が締切日です。先着を優先しますが、定員超過の場合は同事業所での複数参加について調整させていただく場合があります。 一週間前に『受講券』をFAXにて送付いたします。

受講申込先 FAX 082-254-9690

FAX送信後、確認の為電話してください ▶▶ ☎ 082-254-9699