

令和4年度 徳島県権利擁護推進委員養成研修 受講申込書

令和 年 月 日

(申込者) 法人名

事業所等名称

申込担当者

所在地 〒

電話番号

受講者 1

(※上記が受講決定通知の送付先となります)

フリガナ				生年月日					
氏 名				役職名					
受講方法	来場 ・ オンライン			日程	A(8/5) ・ B(10/20) ・ C(11/19)				
mailアドレス	※オンライン受講の場合、Zoom接続に必要な情報を送付します。								
勤務先	法人名				職務内容				
	事業所名				経験年数				
	所在地	〒			資格	1	介護福祉士	5	介護支援専門員
	電話番号					2	社会福祉士	6	実務者研修
	FAX番号					3	看護師	7	介護職員初任者研修
						4	准看護師	8	社会福祉主事任用資格
				9	その他 ()				
サービス種類	1	介護老人福祉施設	4	特定施設入所者生活介護	7	有料老人ホーム			
	2	介護老人保健施設	5	認知症対応型共同生活介護	8	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
	3	介護療養型医療施設	6	通所介護	9	その他 ()			

※該当する番号に○をつけてください。

受講者 2

フリガナ				生年月日					
氏 名				役職名					
受講方法	来場 ・ オンライン			日程	A(8/5) ・ B(10/20) ・ C(11/19)				
mailアドレス	※オンライン受講の場合、Zoom接続に必要な情報を送付します。								
勤務先	法人名				職務内容				
	事業所名				経験年数				
	所在地	〒			資格	1	介護福祉士	5	介護支援専門員
	電話番号					2	社会福祉士	6	実務者研修
	FAX番号					3	看護師	7	介護職員初任者研修
						4	准看護師	8	社会福祉主事任用資格
				9	その他 ()				
サービス種類	1	介護老人福祉施設	4	特定施設入所者生活介護	7	有料老人ホーム			
	2	介護老人保健施設	5	認知症対応型共同生活介護	8	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
	3	介護療養型医療施設	6	通所介護	9	その他 ()			

※該当する番号に○をつけてください。

※各日程の申込期日までにFAXにてお申込み下さい。

《FAX送信先》

社会福祉法人 健祥会
健祥会プレゼンテーション
所長 妹尾 知穂

FAX: 088-642-5003

担当: 妹尾、稼勢

TEL: 088-642-5112