令和7年度 徳島県権利擁護推進委員養成研修 受講申込書

令和 7年 月 日

(申込者) 法人名

事業所等名称

申込担当者

テ 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 | 生年月日 | | | | | | | | |
|------|---------|----------|-----------|-------------|--------|-------|----------------------------------|-----|---------|------------|-----------|------------------|--|
| 氏 名 | | | | 役職名 | | | | | | | | | |
| 受講方法 | | 来場・オンライン | | | 日程 西部 | | 西部(9/24) ・ 南部(10/24) ・ 中部(11/15) | | | | | | |
| ma | ailアドレス | | | | | | | | | | | | |
| | 法人名 | | | 職務内容 | | | | | | | | | |
| 144 | 事業所名 | | | 福祉関係業務 経験年数 | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 所在地 | ₹ | | | | | 1 | 介 | 護福祉 | 止士 | 5 | 介護支援専門員 | |
| | | | | | 2 | 社会福祉士 | | 6 | 実務者研修 | | | | |
| | | | | | | | 3 | 看護師 | | 7 | 介護職員初任者研修 | | |
| | 電話番号 | | | ТН | 4 | 准 | 准看護師 | | 8 | 社会福祉主事任用資格 | | | |
| | FAX番号 | | | | 9 | その | の他 | (| |) | | | |
| サ・ | | 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 | | | | |
| | ービス種類 | 2 | 介護老人保健施設 | 5 | 認知症対応型 | 共同生活グ | 護 | | 8 | 地域密幕 | 音型介 | 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 | 役職名 | | | | | | |
| 受講方法 | | | 来場・オンライン | | | 日程 西 | | 西普 | 西部(9/24) ・ 南部(10/24) ・ 中部(11/15) | | | | |
| ma | iilアドレス | | | | | | | • | | | | | |
| | 法人名 | | | 職務内容 | | | | | | | | | |
| 444 | 事業所名 | | | 福祉関係業務 経験年数 | | | | | | | | | |
| 勤務 | 所在地 | ₹ | | | | | 1 | 介記 | 護福祉 | 比士 | 5 | 介護支援専門員 | |
| 先 | | | | | | 次 | 2 | 社会 | 社会福祉士 6 | | 6 | 実務者研修 | |
| | | | | | | 資 格 | 3 | 看記 | 護師 | | 7 | 介護職員初任者研修 | |
| | 電話番号 | | | - | 4 | 准 | 准看護師 | | 8 | 社会福祉主事任用資格 | | | |
| | FAX番号 | | | | 9 | その | の他 | (| |) | | | |
| サ | | 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 | | | | |
| | ービス種類 | 2 | 介護老人保健施設 | 5 | 認知症対応型 | 共同生活グ | 司生活介護 | | 8 | 地域密幕 | 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 藤村 知穂 FAX: <u>088-642-5003</u>

担当: 藤村、佐山 TEL:088-642-5112