**令和３年度**

**高齢福祉分野における対人支援のための記録入門研修**

**受 講 申 込 書**

令和３年　　月　　日

滋賀県社会福祉研修センター　行　　　　（※送付状は不要です。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | | 受講に関する担当者名 | |  |
| 所属事業所名 |  | | | | |
| サービス種別  （事業種別） | 訪問介護　　通所介護　　短期入所　　介護老人福祉施設　　介護老人保健施設　　介護療養型医療施設  　小規模多機能型居宅介護　　グループホーム　　居宅介護支援　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| ふりがな |  | | 職　種 | |  | | | |
| 氏　名 |  | |
| 保有資格 | 介護福祉士　　　社会福祉士　　　精神保健福祉士　　　介護職員初任者研修　　介護福祉士実務者研修  介護支援専門員　　　社会福祉主事　　　看護師　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　特になし | | | | | | | |
| 所属先  住　所 | （〒　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| TEL  （市外局番から） |  | | | FAX  （市外局番から） | |  | | |
| 経験年数  （8/1現在） | 現　職 | 年　　　　　ヶ月 | | | | 年齢 | 10代　　20代　　30代  40代　　50代　　60代以上 | |
| 現職以外の福祉職場 | 年　　　　　ヶ月 | | | |
| 氏名・所属につきまして、研修時に、研修受講者一覧として使用することについて、同意の有無をご記入ください。 | | | | | | | 同意する  　　同意しない | |
| * 備考（受講に際して、事務局に伝えたいことがあればご記入ください。） | | | | | | | | |

**≪受講申込について≫**

・申込書に記載されたすべての事項については、本研修以外での使用はいたしません。

・申込書は、お一人様につき１枚ご記入ください。

ＦＡＸ：０７７－５６７－３９１０

受講申込締切日：令和３年９月１５日（水）

**≪受講可否について≫**

**申込締切からおおよそ１週間後**に「受講決定通知書」を所属先へお送りします。もし、定員超過によりご希望に沿えない場合については、個別にご連絡いたします。

**※期日を過ぎても通知が届かない場合はご連絡ください。**