

令和3年度 介護職員チームリーダー養成研修 受講申込書

滋賀県社会福祉協議会会長

施設・事業所名

代表者名



下記の者について、標記研修の受講を申し込みます。

受講希望 コース	Aコース ・ Bコース		
ふりがな		役職名	
氏名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)		
自宅住所	〒 -		
所属の法人名 および 施設・事業所名			
所属の住所 および 連絡先	〒 - TEL () - FAX () - ※通知文の送付先が異なる場合は、事務局までご連絡ください。		
事業種別	1. 介護老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 訪問看護 4. 訪問介護 5. 通所介護 6. 短期入所生活介護 7. 居宅介護支援 8. 通所リハビリテーション 9. その他 () ※番号に○印をつけてください。「9. その他」を選択された場合は、介護予防事業もしくは介護保険事業における事業種別を () 内にご記入ください。		
氏名および所属について、受講者一覧 として使用することについて	同意する ・ 同意しない		
リモート対応の科目について、リモート (Zoom) 受講の希望の有無 ※リモート受講にあたっては、パソコン・通信環境・カメラ機能・ マイク機能・スピーカー機能・静かな受講環境が必要となります。	希望する ・ 希望しない		

主な資格	介護福祉士 (必須) 介護支援専門員 社会福祉士 社会福祉主事 保育士 その他 ()		
介護経験年数	期 間		施設・事業所名
	年 月～	年 月 (年 か月間)	
	年 月～	年 月 (年 か月間)	
	年 月～	年 月 (年 か月間)	
	年 月～	年 月 (年 か月間)	
	<合 計>		年 か月間
「介護福祉士」の 登録状況	登録年度 登録番号	平成 第	年度 号 <u>※登録証の写しを添付してください。</u>
現在の職務内容	1. 複数の部署 (係) を統括しているリーダーである 2. 複数の部署 (係) のリーダー補佐をしている 3. チーム (係) のリーダーをしている 4. チーム (係) のリーダー補佐をしている 5. その他 ()		
研修受講希望理由			
備 考			
※事務局への連絡事項等ありましたら、ご記入ください。			

上記に相異なることを証明します。(受講者ご本人が自署してください)

令和3年 月 日

氏名 _____ 生年月日 (昭和・平成 年 月 日)

* 申込書に記載された個人情報は、本事業の実施のみ使用することとし本人の許可なくその他の用途に使用することはありません。

* 施設・事業所名の印については、私印ではなく施設・事業所名の印を押印してください。