

平成 30 年度重度訪問介護従業者養成研修（基礎・追加課程）

受講申込書

平成 30 年 月 日

○勤務先情報（受講決定等送付先）

法人名	
事業所名	
所在地等	〒
TEL	
FAX（緊急連絡用）	
連絡担当者	

○受講者情報※1

ふりがな		性別	生年月日
申込者氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日
所有資格 [該当番号を ○で囲む]	1 居宅介護職員初任者研修課程（旧ヘルパー1・2級） 2 介護福祉士 3 その他（ ）	受講区分※2 ○印をご記入ください。	
			基礎研修 + 追加研修
			基礎研修のみ

※1 この申込書に記入された個人情報は、本研修会以外の目的に使用しません。

※2 利用者が医療的ケアを必要とする方が多い等、特に重度の障がい者に対し支援を行う者については、追加課程も受講してください（緊急時の対応等）。