

令和3年度障がい者(児)ホームヘルパーフォローアップ研修

受講申込書

受講課程 〔該当を○で囲む〕 (複数受講可)		基礎課程	サービス提供責任者課程	精神障がい課程
ふりがな				
申込者氏名				
経験年数		サービス提供責任者	年	精神障がい
		その他 ( )		年
所有資格 〔該当を○で囲む〕		(1) 居宅介護職員初任者研修課程修了者 (旧ヘルパー1・2級)		施設・居宅の別 〔該当を○で囲む〕
		(2) 介護福祉士		施設・居宅
		(3) その他 ( )		
勤務先	法人名			
	施設名			
	所在地等	〒		
		※緊急連絡先 電話 ( ) - FAX ( ) -		
備考				

■本研修の中で、学びたいこと、ぜひ聞いてみたいこと等あればご記入ください


※ 申込者が複数の場合は、本書をコピーしてご記入ください。(申込者1名につき1枚)

※ ホームヘルパーとしての『経験年数』は、令和3年4月30日現在でご記入ください。

※ この申込書に記入された個人情報は、本研修以外の目的に使用しません。