**初任者研修参加申込書**

【申込締切】令和６年１２月２６日（木）

FAX：０７６－２２５－１４１８

Mail：kaigo@pref.ishikawa.lg.jp

|  |
| --- |
| 受講希望の研修に○をつけてください。**・　認知症高齢者グループホーム初任者研修****・　小規模多機能型居宅介護初任者研修** |
| 項　　　目 | 申　　込　　内　　容 |
| 所属 | 事業所住所※記載いただいた住所に通知を発送いたします。 | （〒　　　－　　　　　） |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 連絡先 | TEL | FAX |
| Mail |
| 受講者 | 住所 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 職名 | 介護職　・　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | S･H　　　　年　　　月　　　日　（　　　　歳） |
| 採用年月日 | H･R　　　 年　　　月　　　日 |
| 介護の経験研修開催日時点の経験年月を記載すること | グループホームでの経験 　　　　　　　　　　 年　　ヶ月小規模多機能型居宅介護事業所での経験　　　　年　　ヶ月その他の介護の経験事業種類　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月事業種類　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　ヶ月 |
| その他(自由記載) |  |

上記のとおり申し込みます。

令和　　年　　月　　日

石川県健康福祉部長寿社会課長　殿

事業者法人名

代表者名