**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