

FAX⇒022-399-6570 宮城県介護福祉士会事務局 宛
Email : jimukyoku01@m-kaishikai.or.jp

令和5年度宮城県キャリアパス支援事業研修 受講申込書

受講申込日 年 月 日 注※各研修受付締切は、開催1週間前となります。

受講希望研修名 *希望する研修名と日程を 記入ください。	研修名「 」
	研修日/受講方法 <input type="checkbox"/> 集合研修 <input type="checkbox"/> リモート (いずれかに☑) 年 月 日 ()
勤務先 該当するサービス種別に ○印をお付けください	法人名 事業所名 サービス種別 1. 老人福祉施設 (地域密着含む) 2. 介護老人保健施設 3. 障害者施設 4. グループホーム 5. 訪問介護 6. デイサービス 7. その他 ()
連絡先 ※受講決定通知のため全 て必ずご記入ください。	住所 (事業所 ・ 個人) 〒 - Email: _____ @ _____ ※ 電話・携帯電話 () FAX
受講者① ^{ふりがな} 氏名 (年齢・性別・所持資格)	____ 歳 性別: 男 ・ 女 所持資格に○印 1) 初任者研修 2) 介護福祉士 3) 実務者研修 4) その他 ()
※オンライン研修使用す る情報端末 (該当者のみ)	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> 携帯 (スマートフォン等) ※該当に <input checked="" type="checkbox"/> Email: _____ @ _____ ※ 当日連絡先 (携帯等) ()
受講者② ^{ふりがな} 氏名 (年齢・性別・所持資格)	____ 歳 性別: 男 ・ 女 所持資格に○印 1) 初任者研修 2) 介護福祉士 3) 実務者研修 4) その他 ()
※オンライン研修使用す る情報端末 (該当者のみ)	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> 携帯 (スマートフォン等) 該当に <input checked="" type="checkbox"/> Email: _____ @ _____ ※ 当日連絡 (携帯等) ()
通信欄	
事業所名 (集合研修のみ) 名簿掲載の可否	可 ・ 不可
※当研修会では確認のため、「氏名」「勤務先」を記載した受講名簿を作成し、受付を行う予定です。	
【担当者 記入欄】 事業所名及び役職名 _____ 氏名 _____ (役職)	

*申込者の個人情報は、宮城県キャリアパス支援事業研修の運営目的以外には使用いたしません。