

FAX⇒022-399-6570 宮城県介護福祉士会事務局宛

「令和6年度 訪問介護 サービス提供責任者初任者研修」申込書

発信日 令和 年 月 日

連絡先	所属先及び所在地 ※個人の場合は住所のみ	申込担当者氏名 ()	電話番号 ()
			FAX ()
			E-mail @

* 定員に達した場合など急きょ、日中に連絡をする場合がございますのでTEL・FAX番号は、必ず記入漏れがないように御記入ください。

受講日※受講希望日に○を付けて下さい。

受講日 A. 全日程4日間受講（欠席の場合、1回補講対応もしくは県事業研修読み替え）

B. ①7/6（土） ②7/20（土） ③8/9（金） ④8/17（土）

フリガナ 受講者氏名	役職等	介護福祉士会会員の有無 会員番号（会員の方必須）	訪問介護 経験年数
		有・無 04-	
		有・無 04-	

申込締切 令和6年7月1日（月） 必着

※定員になり次第締切りさせていただきます。

領収書発行について（いずれかに○印をおつけください。）

★研修参加費の領収書は 必要 ・ 不要

領収書の宛名（会社・個人）※法人の場合、会社で1枚 ・ 個人毎に複数枚
（いずれかに○印）
