FAX　054-253-0829　　一般社団法人静岡県介護福祉士会　行

令和6年度　サービス提供責任者研修　申込書

記入日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 会員区分 | （　　　　　）　会員（　　　　　）　非会員 |
| 連絡先電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 所属の事業所名 |  |
| 決定通知送付先 | （　　　　　）　自宅　　　　（　　　　　）　事業所 |
| 送付先住所 | 〒 |
| 資格及び修了課程 | （　　　　）　介護福祉士　　　　　　　　（　　　　　）　訪問介護員1級（　　　　）　訪問介護員2級　　　 　（　　　　　）　介護職員基礎研修（　　　　）　介護職員初任者研修　　（　　　　　）　実務者研修（　　　　）　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 経験年数 | サービス提供責任者の実務経験年数　　　　　　年　　　　　　ヶ月※実務経験のない方は、「0年」と記入してください。 |

申し込みに関しての個人情報は、本研修以外には使用いたしません。