

令和5年度サービス提供責任者適正実施研修 受講申込書

申込先 FAX 098-887-3391 — 申込書送付先 —

〒903-0804 沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1

発信者職名 _____

(沖縄県総合福祉センター内西棟4階)

一般社団法人 沖縄県介護福祉士会

発信者氏名 _____

TEL: 098-887-3344 (事務局)

令和5年 月 日

連絡先	① 勤務先	所属職場 (いずれかに ○を 付けて下さい)	1. サービス提供責任者(現任) 2. 訪問介護員(サービス提供責任者以外) 3. 今後サービス提供責任者を予定		
		職場名			
		住所	〒 _____		
		電話番号	TEL ()	-	
	FAX ()		-		
	② 自宅	住所	〒 _____		
		電話番号	TEL ()	-	
			携帯 ()	-	
*ZOOM オンライン用メールアドレス		*オンラインで使用するメールアドレスを記入して下さい。			
資格		介護福祉士・ヘルパー1級・ヘルパー2級・その他 ()			
受講者	ふりがな			経験年数 (通算には 介護福祉士 取得以前も 含む)	介護福祉士取得後 年
	氏名				通算実務経験 年
	生年月日	年 月 日生	取得方法 (○ を付けて下さ い)	国試(実務経験)・養成校卒・保育系	
	介護福祉士 登録年度 および登録番号	平成・令和 年度 _____	資料配布先	職 場	自 宅
	いずれかに○を 付けてください	介護福祉士会会員 会員番号 No. 4700 _____		会員外	
	領収書について (いずれかに○を 付けてください)	職場名		個人名	

①受講希望者は受講申込書に1名ずつ記入し、本会事務局へお申し込みください。

②個人情報保護法により、この受講申込書に記載された内容は、標記研修以外には使用しません。