

令和6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6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。