

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

**2019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 ※各研修受付締切は、研修一覧でご確認ください。

受講希望研修名 *希望する研修名を記入し 会場名に○印	研修No. _____ 研修名「 _____ 」
	開催圏域 (いづれかに○) ①仙南圏域 ②仙台圏域 ③大崎・栗原圏域 ④石巻・登米・気仙沼圏域
勤務先	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 ※日中連絡が可能な連絡先	住所 〒 _____ Email: _____ @ _____ ※ 電話・携帯電話 ( _____ ) FAX _____
ふりがな 氏名 (年齢・性別・所持資格・学歴)	_____ 歳 性別: 男・女 1) 初任者研修 2) 介護福祉士 3) 実務者研修 4) その他 ( _____ ) ①福祉系高校・専門学校・短大・大学卒 ②その他の学校卒
ふりがな 氏名 (年齢・性別・所持資格・学歴)	_____ 歳 性別: 男・女 1) 初任者研修 2) 介護福祉士 3) 実務者研修 4) その他 ( _____ ) ①福祉系高校・専門学校・短大・大学卒 ②その他の学校卒
ふりがな 氏名 (年齢・性別・所持資格・学歴)	_____ 歳 性別: 男・女 1) 初任者研修 2) 介護福祉士 3) 実務者研修 4) その他 ( _____ ) ①福祉系高校・専門学校・短大・大学卒 ②その他の学校卒
通信欄	_____
事業所名 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、受付予定です。	
<b>【担当者 記入欄】</b> 事業所名及び役職名 _____ 氏名 _____ _____ (役職) _____	

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