

《 送 信 先 》

(一社)茨城県福祉サービス振興会  
FAX 029-241-6799  
( 送 信 票 不 要 )

メールでのお申し込みは  
lba-kaigo@bh.wakwak.com まで

サービス提供責任者研修  
受講申込書

申込み日 令和 2年 月 日

下記研修に申込みいたします。

希望の研修に○をつける		
	第1回	令和2年11月開催
	第2回	令和3年2月開催

お申込みについて (どちらかに○) 事業所申込み・ 個人申込み

注) 事業所申込みの場合、緊急時を除いて事業所に連絡いたします。

フリガナ			
氏名	男 ・ 女		
生年月日	※終了書に記載されますので、記入漏れの内容をお願いいたします。 昭和 平成 年 月 日		
勤務先	※サ高住併設の場合は、サ高住併設に○をつける。 サ高住併設		
職種・役職	訪問介護の経験年数		
連絡先住所	※終了書の送り先住所を記入して下さい。 〒		
連絡先TEL	連絡先FAX		
緊急連絡先			
E-mail	※当日使用される機器のアドレスをご記入下さい		
研修参加時の環境について	機器について	パソコン ・ タブレット ・ スマートフォン	
	接続について	有線 ・ Wi-Fi	
	参加場所について	職場 ・ ご自宅 ・ その他 ( )	