

(別紙1)

申込締切:平成30年6月15日(金)

申込先:FAX 03-5470-6762 (財) 長寿社会開発センター 地域包括ケア・介護研修部介護研修課 行)

### 生活支援技術演習講師養成研修会 申込書

記入日:平成 年 月 日

フリガナ		年		性	
氏名		年齢	歳	性別	女・男
勤務先名称					
職名					
ご連絡先住所	※該当する番号に○を付して下さい。 → [ 1. 勤務先 ・ 2. ご自宅 ]				
	〒				
	TEL: FAX:				
介護職員初任者研修開講状況	※該当する番号に○をして下さい。 1. 開講済 2. 開講予定 ⇒ 平成( )年( )月頃開講予定 3. 開講未定				
初任者研修における講師経験の有無	※該当する番号に○をして下さい。 1. 講師経験あり      2. 講師経験無し      3. 今後予定 ↓ 「Ⅲ. 生活支援技術演習」の講師経験      有・無				
保有資格等	※保有する資格等の番号に○をし、( )に実務経験をご記入下さい。 1. 訪問介護員1級 ( )年    2. 訪問介護員2級 ( )年    3. 介護職員基礎研修 ( )年 4. 介護福祉士 ( )年    5. 介護支援専門員 ( )年    6. 社会福祉士( )年 7. 看護師 ( )年    8. 准看護師 ( )年 9. 教諭[                      科] ( )年    10. その他[                      ] ( )年				
募集を何で知りましたか?	※該当する番号を○で囲んで下さい。 1. 当センターHP      2. 当センターからの案内      3. その他				

※上記申込書の記入が、申込者本人でない場合、記入者氏名とご連絡先をご記入下さい。(申込結果等をご連絡させていただきます)

氏名	(フリガナ: )
連絡先	〒 TEL: FAX:

○ ここに記載された個人情報は、本事業以外の目的では使用いたしません。

○ ここに記載された個人情報は、情報を提示いただいた方の同意を得た当センター以外の第三者に提供、開示等一切いたしません。

○ ここに記載された個人情報について、本事業の事務を当センター以外の者に委託する場合には、個人情報の漏洩や再提供等しないよう、契約により義務づけ適切な管理を実施させます。