「介護職員による医療的ケア研修」【 受 講 申 込 】

確認 1) 受講希望を1日のみ選択し「〇」を記入下さい。(両日に〇を記入の申込書は無効です)

確認 2) 駐車場利用希望者は「〇」・同乗者は「同乗」・その他の方は「×」を記入下さい。

開 催 日		参加希望日(何れか1日を選択)	駐車場希望(〇・同乗・×)
第1回	令和2年 9月 5日(土)		
第2回	令和2年 9月 6日(日)		

ふりがな	
氏 名	
下記の質問において、該当する箇所に「 〇 」または必要事項を記入下さい。	
(　)介護職員　(　)看護職員　(　)福祉関係実務者　(　)事業所等管理者 (　)その他〔　〕	
資格について	介護福祉士国家資格　(　)有り　・　(　)無し その他の資格　(　)
「介護福祉士有資格者」の方への質問です。	(　)介護の仕事をしている。　(　)介護職員だが、他職種へ転職を考えている。 (　)介護以外の仕事をしている。　(　)その他〔　〕
介護の仕事やご家族を介護される場面等で、不安を感じる事を記入下さい。	
自 宅 住 所	〒　　－
勤 務 先 名	
電話／FAX (必ず何れか記入下さい)	(　)勤務先　TEL (　　)　－　　FAX (　　)　－ (　)自　宅　TEL (　　)　－　　FAX (　　)　－
携 帯 電 話	－　　－　　※連絡先として希望の方のみ

※ 個人情報保護法により、この申込書に記載された内容は、標記研修会以外には使用しません。

【申込み・問合せ先】 一般社団法人宮崎県介護福祉士会
〒880-0007 宮崎市原町2－22 宮崎県福祉総合センター 人材研修館内　TEL 0985(22)3710

申込締切日 令和2年8月14日(金) 必着

FAX(0985)－22－3711