令和６年度宮崎県介護福祉士会

「サービス提供責任者研修」申込書

　　　　令和６年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講票送付希望先を、①または②、どちらか“○”を付けてください。** | ①　勤務先 | 所属職場  （いずれかに○を  付けてください）。 | １．訪問介護事業所　　　　　　　２．その他 | |
| 職場名 |  | |
| 住　所 | 〒　　　　－ | |
| 電話番号 | TEL（　　　　　　　　）　　　　－ | |
| FAX（　　　　　　　　）　　　　－ | |
| ②　自宅 | 住　所 | 〒　　　　－ | |
| 電話番号 | TEL（　　　　　　　　）　　　　－ | |
| FAX（　　　　　　　　）　　　　－ | |
| 携帯（　　　　　　　　）　　　　－ | |
| 参加者 | ふりがな | |  | |
|  | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　　　月　　　　　　日生 | |
| 介護福祉士  登録年度  および番号 | | 昭和  平成　　　　　　　　　年度　　　　　－　　　　　　　　　　　　（例:Ｄ－○△○○○）  令和 | |
| 区　分  （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.45 | 会員外 |
| 入会について  （いずれかに○を  付けてください。） | | 希望する | 希望しない |

①受講希望者は申込書に１名ずつ記入しお申し込みください。複数名受講希望の場合は、コピーのうえ使用してください。

②個人情報保護法により、この申込書に記載された内容は、標記講習以外には使用致しません。

**③介護福祉士有資格者で入会希望の方は、事前に入会申込書を送付しますので、ご記入押印のうえ宮崎県介護福祉士会までご返送ください。申込書確認後、受講票を発送いたします。**

定員を超過した時点で締切ますのでご了承下さい。なお、定員超過により受講できない方にはご連絡いたします。

**申込期限　令和６年５月１０日（金）必着**

【　お申し込み先　】　〒880-0007　宮崎市原町2番22号　宮崎県福祉総合センター人材研修館内

一般社団法人宮崎県介護福祉士会 宛　ＴＥＬ（０９８５）－２２－３７１０

ＦＡＸ（０９８５）－２２－３７１１

注意！！　市外局番の確認をお願いいたします。