

ぐんま認定介護福祉士養成研修（聴講制度）下期受講申込書

※ 以下の講義について聴講を申し込みます。希望する項目枠内にし点を書き入れてください。

し点	番号	日 程	科 目 名
	(1)	9/24 (金)	他職種との連携・チームアプローチ 締切ました
	(2)	10/7 (木)	家族等との連携(インフォームドコンセント)(エンパワメント)
	(3)	11/10 (水)	ターミナルケアと介護
	(4)	12/10 (金)	権利擁護
	(5)	12/17 (金)	リスクマネジメント

※定員に達し次第、申し込み受け付けを締め切ります。

※研修時間は日程表でご確認ください。

様式 1

研修名	ぐんま認定介護福祉士養成研修(聴講制度)下期		
フリガナ		性 別	年 齢
氏名	領収書に記載されますので、楷書で正確にご記入下さい。	任意	歳
受講するメールアドレス			
勤務先	電話番号	—	—
住所	勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○)		
電話番号	—	—	日中連絡が取れる番号 をご記入下さい。
FAX 番号	—	—	受講決定の連絡に使用します。 必ずご記入ください。

※申し込み時に記入していただいた個人情報は、本研修以外では使用致しません。

申込者情報	該当するところに○を付けてください。
職種	介護職 相談職 看護職 管理職 事務職 介護支援専門員 その他 ()
ぐんま認定介護福祉士認定者 修了年度	平成・令和 年度
所有資格 (該当する全てに○)	無し 介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員 介護職員初任者研修(ヘルパー2級) ヘルパー1級 介護職員基礎研修 介護職員実務者研修 その他 ()
勤務先種別	特養 老健 訪問介護 通所介護 通所リハビリ 居宅介護支援 グループホーム 病院 小規模多機能型居宅介護 有料老人ホーム その他 ()

ぐんま認定介護福祉士養成研修（聴講制度）下期受講申込書

※以下の講義について聴講を申し込みます。希望する項目枠内にレ点を書き入れてください。

レ点	番号	日 程	科 目 名
	(1)	9/24 (金)	他職種との連携・チームアプローチ 締切ました
	(2)	10/7 (木)	家族等との連携(インフォームドコンセント)(エンパワメント)
	(3)	11/10 (水)	ターミナルケアと介護
	(4)	12/10 (金)	権利擁護
	(5)	12/17 (金)	リスクマネジメント

※定員に達し次第、申し込み受け付けを締め切ります。

※研修時間は日程表でご確認ください。

様式 2

研修名	ぐんま認定介護福祉士養成研修(聴講制度)下期		
フリガナ		性 別	年 齢
氏名	領収書に記載されますので、楷書で正確にご記入下さい。	任意	歳
受講するメールアドレス			
勤務先	電話番号 — —		
住所	勤務先 ・ 自宅 (どちらかに○)		
電話番号	—	—	日中連絡が取れる番号 をご記入下さい。
FAX 番号	—	—	受講決定の連絡に使用します。 必ず ご記入ください。

※申し込み時に記入していただいた個人情報は、本研修以外では使用致しません。

申込者情報	該当するところに○を付けてください。		
職種	介護職 相談職 看護職 管理職 事務職 介護支援専門員 その他 ()		
介護福祉士資格取得者 登録年月日・登録番号	平成・令和 年 月 日	登録番号 ()	
所有資格 (該当する全てに○)	無し 介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員 介護職員初任者研修(ヘルパー2級) ヘルパー1級 介護職員基礎研修 介護職員実務者研修 その他 ()		
勤務先種別	特養 老健 訪問介護 通所介護 通所リハビリ 居宅介護支援 グループホーム 病院 小規模多機能型居宅介護 有料老人ホーム その他 ()		