

(word 様式：様式の変更は不可)

令和3年度ぐんま認定介護福祉士（基本課程）認定者研修 受講申込書

令和 年 月 日

研修指導センター所長 吉沢 京子 様

法人名： _____

施設名： _____

施設長名： _____

ぐんま認定介護福祉士（基本課程）認定者研修を受講したいので、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) 受講希望者氏名			
性別 (任意)		生年月日	昭和 平成 年 月 日
認定年	平成 年	認定証番号	第 号
現在勤務している 施設住所	〒		
現在勤務している 施設種別			
職 種		職 位	
勤務先電話番号			
勤務先 FAX 番号			
メールアドレス			
認定時施設在籍の有無 (どちらかに○)	在籍している ・ していない		
緊急時連絡先	— — (勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯)		
オンライン(Zoom)での 受講は可能ですか?	可 ・ 不可 (不可の理由)		

〈特記〉

- 1 申込者が多数の場合は、受講できないことがあります。
- 2 本研修は事前課題があります。また、研修日の1日目と2日目の間に、2週間自施設にて職場実習を行っていただきます。実習の詳細については、研修日の1日目にご説明いたします。
- 3 認定時に登録されていた情報に変更がありましたら、認定変更届出書の提出も併せてお願いいたします。
- 4 新型コロナウイルス対策のため、講義や演習方法等に変更がある場合があります。

