

(申込書)

平成29年度 兵庫県高齢障害者ケアマネジメント研修受講申込書

申込日：平成30年 月 日

フリガナ				性別
受講希望者氏名 (楷書で記入)	姓	名		男 ・ 女
勤務先法人・ 事業所名称	法人名	勤務先 電話番号		
	事業所名	日中連絡でき る電話番号		
勤務先住所	〒			
上記事業所が実施している事業所種別、職種を記入してください				
障害福祉サービス事業所			職種	
例) 通所の生活介護・就労支援・グループホーム・施設入所等			例) 支援員、サービス管理責任者等	
介護保険サービス等事業所			職種	
例) 特別養護老人ホーム・居宅介護支援事業所・グループホーム等			例) 支援員、介護支援専門員等	
受講希望日程 (希望回を○で囲む)	第1回 平成30年 3月 5日 (月)		第2回 平成30年 3月 21日 (水・祝日)	
通算実務経験 ※約〇〇年で構いません				
障害福祉サービス 【 】年 介護保険サービス等 【 】年				

研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。

手話通訳 ()	要約筆記 ()	車椅子用席 ()	介助者同行 ()
その他 (具体的に記載)			

お申し込み方法は、本申込書を郵送かFAX をお願いいたします。

【郵送先】

〒651-2181 神戸市西区曙町1070
社会福祉法人 兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター
福祉のまちづくり研究所 研修課
(※「高齢ケアマネジメント研修申込書在中」と朱書きのこと)

【FAX 番号】

078-925-4657

※平成30年2月26日(月)正午必着 締め切り