令和５年度 難病患者等ホームヘルパー養成研修　参加申込書

事業所→市町村（様式１）１）

 [事業所連絡先]

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名称 |  |
| きょうと福祉人材育成認証制度(いずれかに○) | 1.認証団体 | ２．宣言団体 | ３．未宣言団体 |
| 連絡先 | 〒　TEL（　　　　）　　　　－　　　　　FAX（　　　　）　　　　－　　　　 |
| 連絡担当者名 |  |
| 連絡担当者メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　＠ |

[参加申込者]

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名メールアドレス | 生年月日 | 保有資格 | 備考 |
| （　　　　　　　　）　　　　　＠ | S･H　　 年　　　月　　日 | 1. 介護職員初任者研修等履修中

②訪問介護員③障害者ホームヘルパー④介護福祉士 |  |
| 経験年数 | 既受講 |
| 　　年　　ヶ月 |  |
| （ふりがな）氏　　　名 | 生年月日 | 保有資格 | 備考 |
| （　　　　　　　　）　　　　　＠ | S･H　　 年　　　月　　日 | 1. 介護職員初任者研修等履修中

②訪問介護員③障害者ホームヘルパー④介護福祉士 |  |
| 経験年数 | 既受講 |
| 　　年　　ヶ月 |  |

**◇ 記入要領**

**１．保有資格は、取得している資格に○印を付けてください。**

**２．経験年数は、介護職員としての年数を記入してください。**

**３．既受講者の方には修了証書は交付済ですので交付されません。**

**既に本研修の同一課程を受講されたことがある方は、既受講欄に○印を付けてください。**

**５．参加申込書に記載された事項については、当研修の適正かつ円滑な実施の目的のみに利用させていただきます。なお、参加者名簿に氏名、所属事業所名、市町村名を記載いたします。**

**６．申し込みは令和５年１２月２０日（水）《必着》までに、貴事業所の所在する市町村の「難病患者等ホームヘルパー養成研修」担当課宛にお申し込みください。**

**７．手話通訳等が必要な場合は、その旨備考欄に御記入いただき、研修担当者まで、御一報ください。**

**８．本年度はＺＯＯＭオンラインでの開催となりますので、メールアドレスを必ずご記入ください。**