

こちらからも
お申込み
できます→



FAX : 092-414-8222

事業所名	(法人名)		
はい か いいえに○ をして下さい →	開設 3 年以内ですか？ はい ・ いいえ	従業員数は50名未満ですか？ はい ・ いいえ	
事業所 所在地	〒		
メールアドレス	@		
T E L		F A X	
主な提供サービス	☐ 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ グループホーム ☐ 通所介護 ☐ 通所リハ ☐ 訪問介護 ☐ 小規模多 機能型居宅介護 ☐ 介護付有料老人ホーム ☐ サービス付高齢者住宅 ☐ その他 () ☐ 今後介護分野に参入予定 → その提供サービスにチェックして下さい↑		
貴事業所では現在、 雇用管理責任者を 選任していますか？	必ずどれかに○を して下さい→→ ・選任済み ・未選任 ・わからない ※雇用管理責任者未選任(「わからない」含む)の事業所様においては、講習後、速やかに 雇用管理責任者の選任をお願いしております。 講習ご受講後、選任調査アンケートを実施いたしますので、ご協力をお願いいたします。		

↓ ↓ 各コース 4 名までご記入できる申込書となっております。4 名以上申し込まれる場合はお手数ですが、コピーしてご使用ください。

北九州	受講者氏名（フリガナをお願いします）	職種	受講者氏名（フリガナをお願いします）	職種
9月29日 （月） 【総合コース】				
10月10日 （金） 【専門コース・ 人事管理】				

◇お申し込み後、メールまたはお電話にてセンターより受付完了のご連絡をさせていただきます。すでに定員に達している場合は、お断りさせていただきますので予めご了承下さい。

◇講習終了後、「受講証明書」を交付しますので、受講者が変更になる場合は必ず事前にご連絡下さい。申込書を元に証明書等を作成いたしますので、大きく分かりやすくご記入下さい。

◆講習受講における禁止事項◆お申し込みの際は、必ずご確認、ご同意をお願いします。

本講習における著作権を侵害する行為を行うこと。●本講習の録画・録音・撮影、スクリーンショットやダウンロードおよび資料の無断複写転用、転載等。

※当センターのプライバシーポリシーに基づき、申込書等の内容は厳重に管理し、ご本人の了解なしに第三者へ提供されることはありません。