



←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 <b>3年以内</b> ですか？ はい ・ いいえ	従業員数は <b>50名未満</b> ですか？ はい ・ いいえ	
事業所 所在地	〒		
メールアドレス	@		
TEL		FAX	
主な提供サービス	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム、養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多 機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付高齢者住宅 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 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？	<b>必ずどれかに</b> <b>○をつけて下さい→→ ・選任済み    ・未選任    ・わからない</b> ※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。		

↓↓ 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。

	受講者氏名 (フリガナもお願いします)	職種	受講者氏名 (フリガナもお願いします)	職種
【専門コース】 10月15日 (木) 10:00~ 15:20				
ご質問等ございましたらご記入下さい。				



◇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。