雇用管理責任者講習 申込書

下記にご記入のうえFAXでお申込みください。

実施回	日程	時間	種別	テーマ	講師	会場	
第1回	7月15日(火)	13:00~16:00	総論	雇用管理総論	五十嵐保氏	新潟県 健康づくりスポーツ 医科学センター (新潟市中央区清五郎 67-12)	
第2回	9月5日(金)	12:45~16:45	専門	介護現場における 感染症予防	大瀧厚子氏		
第3回	10月21日(火)	13:00~16:00	総論	介護職員等 処遇改善加算	五十嵐保氏		
第4回	11月21日(金)	12:45~16:45	専門	メンタルヘルスケアに おける管理者の役割	宮本美穂氏		
事業者名	(法人名)					<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">雇用管理責任者の選任状況 ※どちらか〇で囲んで下さい</div> <ul style="list-style-type: none"> • 選任済み • 未選任 	
住所	〒						
	TEL ☎		FAX ☎				
出席者氏名	参加希望者氏名 (フリガナ)	役職 職種	参加希望回・参加方法 (希望を〇で囲んで下さい)				メールアドレス オンラインによる 受講希望者必須
	()		第1回 会場・ZOOM	第2回 会場	第3回 会場・ZOOM	第4回 会場	@
	()		第1回 会場・ZOOM	第2回 会場	第3回 会場・ZOOM	第4回 会場	@
	()		第1回 会場・ZOOM	第2回 会場	第3回 会場・ZOOM	第4回 会場	@

※4名様以上のお申し込みの場合は用紙を複写してご使用ください。

◎受講者の個人情報(氏名・住所・電話番号等)は、当該講習に関する通知等の送付および受講に関する連絡の範囲で利用させていただきます。

◎ご提供いただきました個人情報は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に管理し、上記目的以外には使用いたしません。

◎お申込み後の流れにつきましては、受付後書面にてご案内いたします。

◎受講数か月後、[選任状況調査アンケートを実施いたします](#)。ご協力ください。

◎受講修了者には「受講証明書」を交付いたしますので、**受講者が変更になる場合は、必ず事前にご連絡**をお願いいたします。

◎受講料・テキスト代は**無料**です。

025-247-1964へFAX