

～受講ご希望の皆さまへ 下記の申し込み手順等をご確認のうえ、お申し込みください～

## 令和8年度介護労働者雇用管理責任者講習 受講申込書

### ■受講申込方法について■

ホームページ、またはこの受講申込書の下記項目の全てをご記入の上、FAXでお申し込みください。

追って担当者より申込受付完了及び受講決定のご連絡を差し上げます。

### ※留意事項※

申込者数が定員を超えた場合や、やむを得ない理由により受付できない場合、中止となった場合は速やかにご連絡いたします。

## FAXでのお申し込み 下記の必要事項にご記入の上、本紙をFAXで送信してください



公益財団法人 介護労働安定センター 沖縄支部

FAX 098-869-5618



受講に必要な情報となります。

下記の項目について該当箇所へのご記入およびチェック☑漏れがないよう、ご確認ください。

質問項目	雇用管理責任者の選任状況について <input type="checkbox"/> 選任している <input type="checkbox"/> 選任していない <input type="checkbox"/> わからない					
	貴事業所の状況について <input type="checkbox"/> 開設3年未満 <input type="checkbox"/> 従業員数50人未満					
	主なサービスの種類について 下記以外の場合( )					
	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)					
希望コース	総合コース		専門コース ※各回の講習内容は異なります		参加者	
	10/14(水)	11/12(木)	10/21(水)	11/19(木)	役職	(フリガナ) 氏名
	第1回	第3回	第2回	第4回		
参加者①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
参加者②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
参加者③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
法人名						
事業所名						
所在地	〒					
連絡先	TEL				FAX	
メールアドレス	@					

※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。

【お申し込み・お問い合わせ先】公益財団法人 介護労働安定センター沖縄支部  
TEL 098-869-5617 FAX 098-869-5618