

↑ FAX 088-655-0463 ↑

受講申込書

令和8年度 介護労働者雇用管理責任者講習

※ 法人名・事業所名・受講者名は、受講証明書に記載いたしますので、正式名称でご記入ください。

I. 受講希望回 会場ご希望の方は□に✓を入れ、下記に必要事項ご記入しFAXでお申し込みください。
WEB受講の方は QRコードからお申し込みください。

| | 第1回 7月16日(木) | 第2回 9月10日(木) | | 第1回 10月15日(木) | 第2回 11月19日(木) |
|-----------|---|-----------------|-----------|--|---|
| 総合 コース | <input type="checkbox"/> 会場受講  | / | 専門 コース | <input type="checkbox"/> 会場受講 | <input type="checkbox"/> 会場受講 |
| | <input type="checkbox"/> WEB受講  | | | <input type="checkbox"/> WEB受講  | <input type="checkbox"/> WEB受講  |

II. 申込者情報

| | |
|------|---|
| 法人名 | |
| 事業所名 | |
| 住所 | 〒 |
| 電話 | |
| FAX | |

III. 事業所について (必須：該当に○を記入)

| | | |
|--------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 開設年数 | <input type="checkbox"/> 開設3年未満 | <input type="checkbox"/> 開設3年以上 |
| 従業員数 | <input type="checkbox"/> 50人未満 | <input type="checkbox"/> 50人以上 |
| 雇用管理責任者の選任 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |
| 提供サービス (例：訪問介護) | | |

IV. 受講者 氏名・役職

| | 氏名 | 役職 |
|---|----|----|
| ① | | |
| ② | | |

【申込み先】 公益財団法人 介護労働安定センター 徳島支部

TEL 088-655-0471 FAX 088-655-0463 URL <https://www.kaigo-center.or.jp/>

〒770-0835 徳島県徳島市藍場町1-5 ゲートウェイWEST徳島 5階