**～受講をご希望の皆さまへ　下記お申込み手順等をご確認のうえ、お申込みください～**

# 令和８年度介護労働者雇用管理責任者講習　受講申込書

**①　受講申込方法について**
ホームページからもしくは受講申込書に下記項目全てご記入（入力）の上、FAX又はメール等でお申込みください。
FAXの場合は、右記番号あてに本状をFAXしてください。**（FAX 023-634-9300 ）**
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。

**②　留意事項**
万が一、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、中止となった場合等の際は、速やかにご連絡いたします。

## FAXでのお申込み　**下記の必要事項にご記入のうえ、本紙をFAXで送信してください。**

FAX

公益財団法人介護労働安定センター　山形支部
ＦＡＸ　023-634-9300

FAX

下記の項目は受講に必要な情報となりますので、ご記入漏れのないようお願いいたします。

| | | |
|---|---|---|
| 希望コース | E-ラーニング講習　（総合コース） | |
| 受講者名 | フリガナ | 役職をご記入ください。 |
| | | |
| 法人名 | | 賛助会員の確認欄<br>（該当項目に〇） |
| 事業所名 | | 会員　・　非会員 |
| 住所・連絡先 | 〒 | TEL<br>FAX |
| E-mail※ | ※オンラインによる参加の場合、視聴に必要なURLを送信しますので、必ずご記入ください。 | |
| 同意事項 | 本セミナーリーフレット等に記載の「受講における禁止事項及び注意事項」に同意しますか。（同意する場合は、右欄にチェックをお願いします。） | □　同意する |
| 貴事業所の状況について | □　開設３年未満　□　従業員数50人未満 | |
| 雇用管理責任者の選任状況について | □　選任している　□　選任していない　□わからない　※　選任している場合を除き、講習受講後改めて選任状況をお伺いします。 | |
| 主なサービスの種類について | □　介護老人福祉施設　□　介護老人保健施設　□　通所介護（デイサービス）<br>□　訪問介護　□　訪問看護　□短期入所生活介護（ショートステイ）　□　居宅介護支援<br>□　認知症対応型共同生活介護（グループホーム）　□　その他（　　） | |

**＜受講における禁止事項及び注意事項＞ ※以下の禁止事項等にご同意いただけない場合は、動画の視聴はできません。**

**◆禁止事項◆**
●本講習の視聴用URLとパスワード等の第三者への転用、貸与。●本講習のSNS上への掲載。●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や転用、転載等。

**◆注意事項◆**
●講習の視聴の際、インターネット利用環境等についてのご質問はお受け出来かねますので、予めご了承ください。
●受講に必要な機材や通信費は受講者様でご負担ください。スマートフォン等による視聴は、パケット通信料定額制に加入していない場合、特にご注意ください。
●講習の視聴の際、PCウイルス感染した場合、当センターで責任は負いかねますので、視聴する端末等のセキュリティ対策は受講者様で行っていただくようお願いします。なお、受講者様の機材や通信環境が原因でPCウイルスに感染し損害が発生した場合、当該受講者様に賠償責任を取っていただくことがあります。

※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。
※お問合せ先等は、本案内の１枚目をご確認ください。