

FAX
083-920-0930

令和8年度厚生労働省委託事業
介護労働者雇用管理責任者講習受講申込書

希望 に○ ↓	コース	日時	職名	氏名 ※受講証明書発行のため、 <u>明確にご記入ください。</u>
第1回	総合	R8.7.22(水) 13:00~16:10 (第4回と同内容)		
第2回	専門	R8.8.26(水) 10:00~15:00		
第3回	専門	R8.10.26(月) 10:00~15:00		
第4回	総合	R8.11.27(金) 13:00~16:10 (第1回と同内容)		

法人名				事業所名			
事業所所在地	〒						
TEL	() -			FAX	() -		
主なサービスの種類	<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"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) <input type="checkbox"/> その他()						
【介護労働者雇用管理責任者の選任状況について】 ※選任している場合を除き、受講後改めて選任状況をお伺いします。	<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						
【介護事業所開設後の経過年数について】 介護事業所開設3年未満である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
【職員数について】 職員数50人未満である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						