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、明確にご記入ください。
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4回	総合	R8.11.27(金) 13:00~16:10 (第1回と同内容)		
第3回	専門	R9.1.14(木) 10:00~15:00 (10/26 延期による日程変更)		

受付終了

法人名		事業所名	
事業所所在地	〒		
ＴＥＬ	（　　）　　－	FAX	（　　）　　－
主なサービスの種類	□　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） □　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 □　認知症対応型共同生活介護（グループホーム）　□　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。	□　選任している　□　選任していない □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	□　はい　　□　いいえ
【職員数について】 職員数５０人未満である	□　はい　　□　いいえ