様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　沖縄県知事 殿

法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

 　　　　　　　法人代表者

　下記の者について、令和５年度介護施設・サービス事業従事者向け研修に申し込みいたします。また、受講決定の際は、研修への派遣について承諾します。

**令和５年度介護施設・サービス事業従事者向け研修受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | 性　別 | 生　年　月　日 |
| フリガナ 　 　  | 男・女 |  昭和・平成　　 年　　 月　　 日生　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　歳） |
|  |
| 受講者 | 住　所 | （〒 - ）電話 ： - -　　　　　メールアドレス |
| 勤務先 | 法人名 |  |
| 施設（事業所名） |  |
| サービスの種類 |  |
| 事業所所在地 | （〒 - ）　電話 ： - - 　　 FAX ： - - メールアドレス： |
| 現職名 |  | 高齢者介護業務従事年数 | 　　　　　　　　　　年 |
| 相当する職位等 | 1. 管理者　2．施設長　3．副施設長　4．部長　5．課長　6．師長　7．係長　8．主任

9．リーダー　10．スタッフ　11．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主　　な　　資　　格 |
| □介護福祉士　　□社会福祉士　　□社会福祉主事　　□介護支援専門員　　□主任介護支援専門員　　　□看護師　　□准看護師　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 日頃、業務で困っていることや今回の研修で学びたいことなど、自由に記載ください。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

個人情報の取扱い：本研修申込で得た個人情報は、研修に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取扱うことはありません。　　　　　　　　　　　　　　提出期日：令和５年９月19日（火）必着