

# 令和 7 年度 介護・福祉事業所における 安全対策担当者養成研修 受講申込書

令和 7 年 月 日

勤務先	法人名			
	事業所名			
	事業所種別 (該当する種別を で囲んでください)	特別養護老人ホーム(地域密着型を含む)・介護老人保健施設 介護医療院・認知症対応型共同生活介護 短期入所生活介護施設・小規模多機能型居宅介護 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅 障害福祉サービス事業所・その他( )		
	連絡先	住所	〒 -	
		電話		FAX
記入者職・氏名				

受講希望日 (希望日欄に を つけてください)	【 第 1 回 】 6 月 4 日(水)・5 日(木)	【 第 2 回 】 8 月 5 日(火)・6 日(水)
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

受講希望者	氏名	( <small>ふりがな</small> )	性別	男・女
	職種			
	資格 (お持ちの場合)			
	本研修への参加について該当するものに ☑をつけてください	所属の上司等からの指示で参加(職務命令、経費等は所属負担) 自己研鑽の一環として自ら進んで参加(経費等は所属負担) 自己研鑽の一環として自ら進んで参加(経費等は自己負担) その他( )		

【備考】

申込締切日 : 令和 7 年 5 月 16 日(金)

富山県福祉カレッジ 教務課 担当 川崎 宛 FAX : 076 - 432 - 6516