## 令和7年度 介護·福祉従事者のための記録研修 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 ( をつけて 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 (希望日に をつけてください)			【 第1回 】 5月22日(木)		【 第 2 回 】 5 月 29 日(木)	
受講希望者	氏 名	(がな			性別	男・女
	職種				1	
	資 格 (お持ちの場合、 をつけてください)	介護福祉士 ・ 介護支援専門員 ・ その他( )				
	介護·福祉職歴 通算 (令和7年4月1日現在)		年	ヶ月		
	本研修への参加について該当するものに 図をつけてください	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4月30日(水)**