

申込締切：平成20年9月1日(月)必着

申込先 FAX：03-5470-6763

財団法人 長寿社会開発センター 保健福祉部 浅野 行

平成20年度 訪問介護計画作成セミナー 受講申込書

※第1希望日を①、第2希望日を②の様に優先順位を付してご記入下さい。

第1回 (2008年12/5)	第2回 (2009年2/6)

記入日：平成20年 月 日

フリガナ		年		性	
氏名		年齢	歳	別	女・男
所属先名称					
所属先住所	〒				
	TEL：		FAX：		
自宅住所	〒				
	TEL：		FAX：		
実務経験年数 (記入日基準)	※サービス提供責任者になってからの実務経験をご記入下さい。 ()年()ヶ月	※訪問介護に従事している実務経験をご記入下さい。 ()年()ヶ月			
保有資格等	※保有している資格等にチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)2級 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修課程 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> その他()				
今回の募集を何で知りましたか?	※該当箇所を○で囲んで下さい。また、所属長に勧められた場合、所属長が知った経緯をお答え下さい。 1. 当センターホームページ 2. 都道府県庁担当課による案内 3. 市町村担当課による案内 4. WAMNETにおける研修案内 5. その他()				

※上記申込書の記入が申込者本人でない場合、記入者氏名とご連絡先をご記入下さい。

氏名	(フリガナ：)
連絡先	〒
	TEL： FAX：

○ここに記載された個人情報、本事業以外の目的では使用いたしません。

○ここに記載された個人情報は、情報を提示いただいた方の同意を得た当センター以外の第三者に提供、開示等一切いたしません。

○ここに記載された個人情報について、本事業の事務を当センター以外の者に委託する場合には、個人情報の漏洩や再提供等しないよう、契約により厳格な適切な管理を実施させます。