

受講申込書

FAX:098-886-8474 申込期限:6月30日(火)

必ず研修の趣旨をご理解のうえお申し込みください

令和2年度 介護人材キャリアアップ研修 チームケアリーダーを目指したケアマネジメント能力の向上

※必ず全ての事項に漏れなく御記入ください

氏名		ふりがな	
現住所	〒 _____		
緊急連絡先	携帯: _____ 固定: _____	Mail: _____@ ※メールアドレスをお持ちでない方のみ、受講案内をご自宅宛てにお送りします	
所有資格 (複数回答可)	①医師系(医師、歯科医師) ②保健医療系(看護師、准看護師、管理栄養士、はり師等) ③福祉士系(介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士) ④社会福祉主事任用資格 ⑤その他(_____)	実務経験 (通算)	年
希望申込日程			
※受講決定後、参加日程の途中でオンライン配信および研修会場での受講を変更することはできません			
内容 (いずれかに○)	日数	参加費	参加 (①～③のいずれかを選択し、参加したいものに○)
①基礎編+実践編セット	5日	10,000円	オンライン・研修会場
②基礎編のみ	4日	無料	オンライン・研修会場
③実践編のみ	1日	10,000円	オンライン・研修会場
※ご自宅におけるネット環境の有無			有 ・ 無
別紙「受講にあたっての留意事項」を御確認後、チェックをつけてください。※別紙「受講にあたっての留意事項」参照			<input type="checkbox"/> 確認しました

★この受講申込書に記載された個人情報については、本研修の運営管理および研修受講者にのみ使用します。

【申込・受講方法】

申し込み後、受講が決定した方には、「受講案内」をご自宅又はメールにて案内致します。

※実践編(有料研修)受講希望の場合は申込後、受講料のお振込みが必要です。申込書と振込の確認を行い、メールまたはご自宅あてに詳細な参加方法をご案内いたします

【お問合せ先】

社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会

福祉人材研修センター 介護人材キャリアアップ研修係【担当:林、外間】Tel:098-882-5703