

令和元年度介護職員のための福祉用具研修 ～安全な介護と介護者の身体的負担軽減・腰痛予防のために～ 申 込 書

令和元年 月 日

事業所 名称等	(運営主体名：)	研修申込 担当者名	
連絡先 (事業所) 住所	〒 -		
	TEL		FAX

◆受講者 ※楷書ではっきりと記入してください。

1	フリガナ	
	氏 名	
	現在の職種	
	取得資格	
	日 程	※ご希望の日程を○で囲んでください A日程 B日程
2	フリガナ	
	氏 名	
	現在の職種	
	取得資格	
	日 程	※ご希望の日程を○で囲んでください A日程 B日程

※受講は先着順に確定し、受講できない場合のみ御連絡いたします。

※受講者欄が不足する際は、本書をコピーしてください。

※事務局 確認欄	受付印