

東京都知事 殿

申込者	法人名	
	(事業所名)	
	所属長役職	
	所属長氏名	

印※

※私印は認められません

事務連絡先 〔受講票等 送付先〕	郵便番号	
	所在地	
	事業所名	
	連絡先 TEL	
	連絡先 FAX	
	連絡担当者氏名	

研修の中止等については、事務連絡先に FAX でご案内します。確実に連絡の取れる連絡先をご記入ください。

標記の研修に下記の者を受講させたく、申込みます。

フリガナ		性別	1 男	・	2 女
受講希望者氏名		生年月日	1 昭和	・	2 平成
			年	月	日

【受講希望回】 ※実施回によって、研修日程・会場が異なります。  
※都合の悪い研修回があれば、×をつけてください。

文京会場		立川会場	
第13 ・ 14 回	10/22(木) 9:20~17:00	第15 ・ 16 回	10/30(金) 9:20~17:00

## 【受講希望者の現所属施設・事業所】

※受講希望者が複数のサービスに従事している場合は、主に従事しているサービス一つについてご記入ください。

(1) 名称 \_\_\_\_\_

(2) 所在区市町村 \_\_\_\_\_ (3) 所在地コード番号 ※パンフレットP.4参照 

--	--

※足立区及び八王子市の事業所は、本研修の対象外です。

(4) サービスの種類 (番号に○)

- |               |             |              |                  |
|---------------|-------------|--------------|------------------|
| 1 介護老人福祉施設    | 2 介護老人保健施設  | 3 介護医療院      | 4 小規模多機能型居宅介護    |
| 5 訪問介護        | 6 通所介護      | 7 認知症対応型通所介護 | 8 認知症対応型共同生活介護   |
| 9 特定施設入居者生活介護 | 10 訪問看護     | 11 訪問入浴      | 12 通所リハビリテーション   |
| 13 短期入所生活介護   | 14 短期入所療養介護 | 15 福祉用具貸与    | 16 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 17 その他 ( )    |             |              |                  |

## 【介護職経験年数】

(番号に○)

- |          |            |          |
|----------|------------|----------|
| 1 6か月未満  | 2 6か月~1年未満 | 3 1~2年未満 |
| 4 2~5年未満 | 5 5~10年未満  | 6 10年以上  |

## 【所有資格等】

(番号に○)

- |               |         |           |           |
|---------------|---------|-----------|-----------|
| 1 介護福祉士       | 2 社会福祉士 | 3 訪問介護員1級 | 4 訪問介護員2級 |
| 5 介護職員初任者研修修了 | 6 看護師   | 7 介護支援専門員 |           |
| 8 その他 ( )     |         | 9 資格なし    |           |

【チェック欄】 ※必ず全ての□にチェックが入ることを確認してください。

- :東京都内(足立区・八王子市を除く。)の介護保険施設・事業所(居宅介護支援事業所を除く。)に従事している
- :申込者は、研修に終日参加できる
- :記載内容に誤りがない【※本申込書の記載内容から、修了証書を作成しますので、必ずご確認ください。】

※ 本申込書に記載された事項につきましては、個人情報保護等の規程に基づき、適正な管理を行い、本研修実施に関する業務以外に使用することはいたしません。