**令和６年度サービス提供責任者現任研修受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　群馬県障害政策課長　　あて

　（地域生活支援係）

事業者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名　　　　　　　　 　　 　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

連絡先（℡）

標題の研修について、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 生年月日 | 昭和　　　年　　　月　　　日  平成 | |
| 受講者氏名 |  | |
| 自宅住所 | 〒 | | 電話番号 |  | |
| 事業所名 |  | | 電話番号 |  | |
| 事業所  所在地 | 〒 | | 優先順位  （事業所から複数人申込希望の際は、右欄に優先順位をご記入ください） | |  |
| （参考）  受講者の資格等  （該当するものに☑をつけること） | | □介護福祉士  □実務者研修修了者  □介護職員基礎研修修了者  □居宅介護従業者（訪問介護員）養成研修１級課程修了者  □その他  資格名： | | | |
| サービス提供責任者  としての実務経験年数 | | 年　　　か月　（R6.7月末現在）  （就任予定者の場合…令和　　年　　月から就任予定） | | | |

※受講者氏名、生年月日等誤りのないよう正確に記入してください。

（修了証の記載に反映するため）

※送付先（ＦＡＸ不可）

〒371-8570　前橋市大手町１－１－１

　　　　　　　　　群馬県健康福祉部福祉局障害政策課　地域生活支援係　大場