

# 令和2年度重度訪問介護従業者養成研修（統合課程）受講申込書

令和 年 月 日

群馬県健康福祉部障害政策課長 あて  
(担当 松本)

事業所所在地 〒

事業所名

担当者名

連絡先

重度訪問介護従業者養成研修（統合課程）について、次のとおり申し込みます。

<b>第1～3日目【講義及び演習】</b> （学校法人昌賢学園 群馬医療福祉大学 8/21[○] 9/2[○] 9/4[○] ※3日間すべて出席となります。）			
実習日程調整（下記の日程から御都合の良い日に○をつけてください。）			
<b>第4日目【県立障害者リハビリテーションセンター】</b> （御都合の良い日の中から1日選定させていただきます） 9/ 8[ ] 9/ 9 [ ] 9/10[ ] 9/11[ ] 9/15[ ] 9/16[ ] 9/17[ ] 9/18[ ] 9/24[ ] 9/25[ ]			
<b>第5日目【重症心身障害児施設】</b> （御都合の良い日の中から1日選定させていただきます） 9/14[ ] 9/24[ ] 9/28[ ] 10/ 1[ ] 10/ 5[ ] 10/12[ ] 10/19[ ] 10/20[ ] 10/21[ ] 10/22[ ] 10/26[ ] 10/27[ ] 10/28[ ] 10/29[ ] 10/30[ ] ※実習先は、別途受講決定通知でお知らせします。			
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成
受講者氏名		性別	男・女
自宅住所	〒 ( )	電話番号	
		優先順位	(1事業所で2名以上申し込む場合 優先順位を付けてください。)
ヘルパー実務経験年数	年 月 日	R2. 7月末現在)	
資格等 (該当するものにチェックし、適宜記入してください)	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修修了者 <input type="checkbox"/> 訪問介護員（居宅介護従業者）養成研修 ____級課程修了者 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修修了者 <input type="checkbox"/> 実務者研修修了者	筆記試験 受験の有無 (どちらかチェック)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		科目免除 希望の有無 (どちらかチェック)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
テキスト購入希望 ※購入を希望する場合は冊数を記入してください			
『新版 第三号研修(特定の者対象)のための喀痰吸引等研修テキスト』 (中央法規出版) 2020/2/15発行 3,080円(税込) 【 冊】 ※研修初日に代金引換えにてお渡します。			

※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)