**令和元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 |  | 生年月日性　　別 | 昭和　　　年　　　月　　　日平成 　 （　男　・　女　） |
| 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□訪問介護員（居宅介護従業者）養成研修１級課程修了者□介護職員初任者研修修了者＋実務経験３年以上□訪問介護員（居宅介護従業者）養成研修２級課程修了者＋　実務経験３年以上 |
| サービス提供責任者としての実務経験年数 | 　　　　　年　　　か月　（R2.1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

　　　　　　　　　群馬県健康福祉部障害政策課　地域生活支援係　高橋