コミュニティケアワーカー養成研修受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 所属事業所 | 法人名 | 事業所名 |
| 役職等 | 管理者　・　計画作成担当者　・その他（　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | 事業所電話番号 | E-mail |
| 経験年数 | 福祉・介護の経験年数　　約　　　　年　　　か月（内　小規模多機能における経験年数　約　　年　　か月） |
| 介護福祉士資格 | 取得年月日　　　　年　　月　　日　 |
| ファーストステップ研修 | 　　　年　　月受講修了　　・　受講予定研修実施団体　市老協　・　介護福祉士会　・　介護人材キャリア開発機構　・　その他（　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　 |
| 受講申し込みにあたり上記保有資格等について記載の通りであることを証します。　　　　年　　月　　　日　　　　所属事業所名所属長　　　　　　　　　　　　　　　 |

* 申込必要書類
1. コミュニティケアワーカー養成研修受講申込書
2. 介護福祉士登録証
3. ファーストステップ研修修了証