**令和５年度 介護職員レベルアップ講習会　受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | | | | |
| **氏　　名** |  | | | | | |
| **役 職 名** |  | | | **職　　　　歴** | | 年　　　月 |
| **事業所名** |  | | | **事業所種別** | |  |
| **資 格 等** | ※該当するところに☑をつけてください。  □介護福祉士　　　　□実務者研修修了　　　□介護職員初任者研修修了  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| **書類送付先**  （どちらかに☑）  □勤務先  □自　宅 | 〒　　　　－ | | | | | |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ | |  | |
| E-mail | **（オンライン参加の場合は必ず記入してください）** | | | | |
| **受講希望回**  **(希望回・受講方法に〇を付けて**  **ください。)** | 受講回 | 日程 | 希望回に〇 | | 受講方法 | |
| ① | 令和5年11月16日（木） |  | | オンライン　・　会場受講 | |
| ② | 令和5年11月17日（金） |  | | 会場受講 | |
| ③ | 令和5年12月14日（木） |  | | オンライン　・　会場受講 | |
| ④ | 令和5年12月15日（金） |  | | 会場受講 | |
| ⑤ | 令和6年 1月17日（水） |  | | オンライン　・　会場受講 | |

※希望したテーマの講習で特に学びたい内容や質問事項があれば、具体的にご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| テーマ | 記入欄 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　送信先　愛媛県社会福祉協議会　福祉人材部　長寿推進課（担当／林・森田・下岡）

※　ＦＡＸ　０８９－９２１－３３９８（※送信紙は不要です）