様式１

|  |
| --- |
| FAX⇒０２２－３９９－６５７０ 宮城県介護福祉士会事務局 宛Email：info@miyagi-kaigo.jp |
| **令和７年度 宮城県キャリアパス支援事業研修　受講申込書** |

申込日：令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　※各研修の受付締切は、原則開催１週間前となります。

|  |
| --- |
| **1．受講希望に関する情報** |
| 【研修コード】 | 【研修名】 |
| 【研修コード】 | 【研修名】 |
| 【研修コード】 | 【研修名】 |
| **２．事業所情報** |
| 事業所 | □特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設　 □小多機・看多機　□グループホーム 　□訪問介護 　□デイサービス 　□その他（　　　　　　　　） |
| 名　称 |
| 連絡先＊受講決定通知送付のため、全ての項目にご記入ください | 所在地　〒 |
| TEL（固定／携帯）　　　　　－　　　　　－　　　　　－ |
| FAX　　　　　　　　 　　－　　　　　－　　　　　－　　　　　　　□なし　 |
| ＊間違い防止のため、ハイフンやアンダーバー、ゼロ、オー、ゼットなどについては読み方をご記入ください。 |
| Emailアドレス＠ |
| [担当者] |
| 部署・役職　　　　　　　　　　　　　　 |
| **３．受講者情報** |
| 受講者１ |  | 性　別 ：　□男　□女　□無回答 |
| 年　代 ： （　　　 　）代 |
| 所持資格：　□初任者研修　　□実務者研修　　□介護福祉士　　□その他（　　　　　　　　） |
| ※オンライン研修の場合は必ず記入↓Email(使用端末)アドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| 受講者２ |  | 性　別 ：　□男　□女　□無回答 |
| 年　代 ： （　　　 　）代 |
| 所持資格：　□初任者研修　　□実務者研修　　□介護福祉士　　□その他（　　　　　　　　） |
| ※オンライン研修の場合は必ず記入↓Email(使用端末)アドレス：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |

＊ご記入いただいた情報は、宮城県キャリアパス支援事業研修の運営目的以外には使用いたしません。