

令和2年度 口腔ケア研修 受講申込書

※この用紙に直接記入し、**郵送**にてお申込み下さい。太枠内は全て必須項目です。

ふりがな				性別	男	・	女
氏名				生年月日	S・H		年
					月		日
					(歳)
職種	※当てはまる職種にチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> 音楽療法士 <input type="checkbox"/> その他 ()						
経験年数	現職種での経験年数 年 ヶ月						
勤務先名称等	種別：病院、特養、老健、グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、通所介護事業所、居宅介護支援事業所、 訪問介護、訪問看護、身障更生、身障療護、その他 () 名称：						
勤務先・または自宅住所等	〒 —						
	TEL () —			FAX () —			
今回のテーマについて、業務の中で困っていること、知りたいこと等を簡単に書いて下さい。							
受講の動機： <input type="checkbox"/> 自主的に希望・ <input type="checkbox"/> 上司の推薦・ <input type="checkbox"/> その他()							

- ・記入漏れのないようにお願いいたします。
- ・受講可能となった場合は、氏名、勤務先名が領収書の宛名となりますので、太枠内は正確にご記入ください。
- ・複数の方が申し込みをする場合はコピーをしてお使い下さい。
- ・84円切手を貼った返信用封筒（A4用紙3枚程度が3つ折で入る大きさのもの、但し複数名申し込みの場合は、料金不足となることがありますので、ご負担願います）に返信先の住所・氏名を記入の上同封していただき、下記まで封書でお申し込みください。
- ・締め切り 令和3年2月8日（月） 必着

∞ 申し込み・問い合わせ先 ∞

〒679-5165 兵庫県たつの市新宮町光都1丁目7番1号
 社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団
 西播磨総合リハビリテーションセンター 地域支援・研修交流課
 FAX：0791-58-1070 電話：0791-58-1050

個人情報の取り扱いについて
 受講申込書に記載いただいた情報については、申込者名簿の作成等研修事業以外の目的で使用することはありません。また、その管理については、「社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団個人情報の保護に関する規則」等に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。