

「介護職員による医療的ケア研修」 【 受講申込 】

※研修参加・駐車場利用の希望について○印をご記入ください。駐車場は希望者のみ駐車可能です。

開 催 日	開催会場	参加有無	駐車場
令和 8年 11月 29日(日)	宮崎県福祉総合センター 人材研修館 大研修室		

ふりがな	
氏名	
下記の質問において、該当する箇所に「○」または必要事項を記入下さい。	
()介護職員 ()看護職員 ()福祉関係実務者 ()事業所等管理者 ()その他〔 〕	
資格について	介護福祉士国家資格 ()有り ・ ()無し その他の資格 ()
「介護福祉士有資格者」の方への質問です。	()介護の仕事をしている。 ()介護職員だが、他職種へ転職を考えている。 ()介護以外の仕事をしている。 ()その他〔 〕
「フットケア」について、困っている事や疑問に思っている事を記入下さい。	
受講票送付先 住所	〒 —
勤務先名	
電話／FAX (必ず何れか記入下さい)	()勤務先 TEL () — FAX () — ()自宅 TEL () — FAX () —
携帯電話	— — ※連絡先として希望の方のみ

※ 個人情報保護法により、この申込書に記載された内容は、標記研修会以外には使用しません。

【申込み・問合せ先】 一般社団法人宮崎県介護福祉士会

〒880-0007 宮崎市原町2-22 宮崎県福祉総合センター 人材研修館内 TEL 0985(22)3710

申込締切日 令和8年10月16日(金)必着

FAX (0985) – 22 – 3711