

令和8年度 現場で使える介護技術研修参加申込書

問1、参加会場および駐車場の希望についてご記入ください。駐車場は希望者のみ駐車可能です。

地 域	日 程	会 場	内 容	駐車場の希望
				(○×を記入)

問2、資格の状況について該当番号に○をご記入ください。(複数回答可)

- I 介護福祉士 ・ II 実務者研修修了者 ・ III 初任者研修修了者
 IV ホームヘルパー(1級・2級)
 V 看護師 ・ VI 資格は保有していない ・ VII その他()

問3、就業状況について該当記号に○をご記入ください

- (ア) 介護職として勤務している (イ) 介護現場への就職活動中である
 (ウ) 就職活動はしていないが、介護現場への就職を考えている
 (エ) 介護現場への転職を希望している
 (オ) 介護を主とする職場で介護以外の仕事をしている(相談員・管理職等)
 (カ) 介護福祉関係の職場で介護以外の仕事をしている(福祉用具販売)
 (キ) その他()

問4、以下の受講要件で合致する番号に○をご記入ください

- ① () 介護現場にて介護業務に従事しており、介護技術のスキルアップを目指している方
 ② () 職場の人材の確保と定着に資することを目的として、施設等に所属する事業主・管理職が認めた方
 ③ () 申し込み時点において、未就業もしくは介護現場以外で就業している方で、介護現場への再復帰を希望しておられる方(介護現場への就職活動中の方)
 ④ () 施設等に所属する職員又は事業主で、福祉用具に関心を持ち、職場内の介護労働者に対し腰痛予防対策を積極的に推進しようとする方
 ⑤ () その他、特に研修受講の有効性があり実施機関(当宮崎県介護福祉士会)が認める方

ふりがな			
氏 名			
連絡先・受講票送付先	受講票送付先区分 (○印をしてください)	自 宅 ・ 勤 務 先 (勤務先名:)	
	受講票送付先 住 所 (自宅または勤務先)	(〒 —)	
	連絡先区分 (○印をしてください)	自 宅 ・ 勤 務 先 ・ 携 帯	
	電話番号 FAX 番号	TEL:	FAX:
勤務先名			

※ 記入漏れなくご記載ください。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。

※ 研修日一か月前までには受講票を送付いたします。届かない場合は大変お手数ですがお問合せをお願い致します。

送付先:FAX(0985)－22－3711 市外局番の確認をお願いいたします。