令和元年度介護サービス従事者向けスキルアップ研修

受講申込書

事業所名：

事業所住所（受講決定通知送付先）：

〒

申込担当者名：　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先FAX番号：

◎連続講座受講申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | 事業所種別（※１） | 介護現場の経験年数 | 優先順位 |
|  |  | 年　 | １ |
|  |  | 年　 | 2 |
|  |  | 年　 | 3 |

◎公開講座受講申込者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者氏名 | 事業所種別（※１） | 役職名など |
|  |  |  |
|  |  |  |

※１ 事業所種別には、特養、地域密着特養、認知症通所、小規模多機能、グループホームなど、現在の就業場所を受講者ごとに記入してください。

※　 申込多数の場合は１事業所２名までとさせていただきます。

FAX：０７５－３５４－８７７０

（地域密着協事務局）

〆切：１２月20日（金）必着

お問い合わせ先

一般社団法人京都地域密着型サービス事業所協議会

〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上の口上る梅湊町83-1　ひと・まち交流館京都４階

℡：075-354-8706　　　FAX：075-354-8770

メールアドレス：kyoto-tiiki-mittyaku@lime.ocn.ne.jp

HP：http://kyototkm.com/

お問い合わせ先

一般社団法人京都地域密着型サービス事業所協議会

〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上の口上る梅湊町83-1　ひと・まち交流館京都４階

℡：075-354-8706　　　FAX：075-354-8770

メールアドレス：kyoto-tiiki-mittyaku@lime.ocn.ne.jp

HP：http://kyototkm.com/

お問い合わせ先

一般社団法人京都地域密着型サービス事業所協議会

〒600-8127 京都市下京区西木屋町通上の口上る梅湊町83-1　ひと・まち交流館京都４階

℡：075-354-8706　　　FAX：075-354-8770

メールアドレス：kyoto-tiiki-mittyaku@lime.ocn.ne.jp

HP：http://kyototkm.com/