

平成28年度 京都市ケアプラン研修 【追加募集分】受講申込書

※記入欄の該当するもの全てを○で囲んでください。
 ※合同研修については事前準備のため出欠を必ずご記入ください。
 ※満席になり次第、締め切らせていただきます。

研修コース・日程		記入欄(○をつける)
合同研修	10月7日(金)	参加する ・ 参加しない
居宅	<基礎>	① 10月20日(木) <満席>
		② 10月31日(月) 参加する ・ 参加しない
	<実践>	① 11月2日(水) <満席>
		② 11月11日(金) <満席>
※実践の、日程①・②は研修内容が異なります。		
介護予防	<基礎>	10月12日(水) <満席>
	<実践>	11月9日(水) 参加する ・ 参加しない
施設系	<A>	10月19日(水) 参加する ・ 参加しない
		11月14日(月) 参加する ・ 参加しない
	※施設系コースは、日程A・Bで研修内容が異なります。	

ふりがな			
申込者氏名			
事業種別 (当てはまるものに○)	地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所 ・ グループホーム ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設 ・ 介護療養型医療施設 ・ その他()		
所属事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
事業所TEL		事業所FAX	
介護支援専門員の資格	無 ・ 有	有の方は 介護支援専門員登録番号(8桁)	□ □ □ □ □ □ □ □
ケアプラン作成経験	無 ・ 有	有の方はその経験年数	_____ 年