

介護事業所管理者育成支援研修受講申込書

令和 年 月 日

東三河広域連合長 様

(申請者)
法 人 名 **社会福祉法人 東三河**
代表者職・氏名 **理事長 三河 広司**

令和 参加を優先したい方から順に記載してください。 記 援研修について、下記のとおり職員の受講を申し込みます。

順 番	参加者				役職 (現職の在職年数)	メールアドレス
1	ふりがな	こういき たろう			管理者 (5 年)	kouiki- tarou@union.higashimikawa.lg.jp
	氏 名	広域 太郎				
	年齢	50歳	性別	男		
2	ふりがな	とよはし はなこ			現場リーダー (3 年)	Toyohashi- hanako@union.higashimikawa.lg.jp
	氏 名	豊橋 花子				
	年齢	40歳	性別	女		
3	ふりがな				()	
	氏 名	介護保険課より指定を受けたサービスの事業所番号を記載してください。				
	年齢		性別			
所属する 事業所	名 称	[介護保険事業所番号：0123456789 サービス種別：認知症対応型共同生活介護] グループホーム ほのくに東三河				
	所 在 地	[〒〇〇〇—□□□□] 豊橋市大国町△△番地				
	連 絡 先	電 話 0532 — 〇〇 — △△△△ F A X 0532 — 〇〇 — □□□□				
	事業所 従業員数	20人				

※申込多数により事業所ごとの受講者数を制限させていただく場合、参加者の順番で受講可否決定させていただきます。
※なおも多数である場合、抽選により受講可否決定させていただきます。