

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 年 月 日 記
参加を優先したい方から順に記載してください。

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	[〒〇〇〇-〇〇〇〇]豊橋市大国町△△番地				
	連絡先	電 話 0532 - 〇〇 - △△△△ FAX 0532 - 〇〇 - □□□□				
	事業所従業員数	20名				

※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を決定させていただきます。
なおも多数である場合は抽選を行いますので、ご了承ください。