

令和 年 月 日

令和2年2月19日（水）実施 難病患者等ホームヘルパー養成研修（難病基礎課程Ⅱ）

## 受講申込書

神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課長 殿

私は神奈川県主催の標記研修の受講を申し込みます。

（以下の枠内は、修了証書発行に必要となるため、楷書体で正確に記入してください。）

（ふりがな） 氏名	（ ）	性別	男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）		
勤務先名称			
住所	〒 ———— 市・町・村		
電話番号	（ ） —		
自宅住所	〒 ———— 市・町・村		
電話番号	（ ） —		
資格等 （いずれかに○を してください） ※対象者であることを証する修了証・書類の写し、又は介護福祉士登録証の写しが必要です。	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護職員基礎研修課程修了 平成・令和（ ）年修了 修了書番号（ ）</li><li>・ 訪問介護員（ホームヘルパー）養成研修1級課程修了 平成・令和（ ）年修了 修了書番号（ ）</li><li>・ 介護福祉士養成のための実務者研修の修了又は履修中 受講中の機関名（ ）</li><li>・ 介護福祉士 平成・令和（ ）年登録 登録証番号（ ）</li></ul>		
受講可否の 通知先 （いずれかに○を してください）	1 勤務先 2 自宅		