**令和２年度重度訪問介護従業者養成研修（統合課程）受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　群馬県健康福祉部障害政策課長　あて

(担当　松本)

　　 事業所所在地　 〒

事業所名

担当者名

連絡先

重度訪問介護従業者養成研修（統合課程）について、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第１～３日目【講義及び演習】**（学校法人昌賢学園　群馬医療福祉大学  **8/21[○]　 9/2[○]　 9/4[○]　※３日間すべて出席となります。** | | | | | | |
| **実習日程調整**（下記の日程から御都合の良い日に○をつけてください。） | | | | | | |
| **第４日目【県立障害者リハビリテーションセンター】**（御都合の良い日の中から１日選定させていただきます）  **9/ 8[　]　 9/9 [　]　 9/10[　]　 9/11[　]　 9/15[　]　 9/16[　]　 9/17[　]**  **9/18[　]　 9/24[　]　 9/25[　]** | | | | | | |
| **第５日目【重症心身障害児施設】**（御都合の良い日の中から１日選定させていただきます）  **9/14[ ] 9/24[ ] 9/28[ ] 10/ 1[ ] 10/ 5[ ] 10/12[ ] 10/19[ ]**  **10/20[ ] 10/21[ ] 10/22[ ] 10/26[ ]　10/27[ ] 10/28[ ]　10/29[ ]**  **10/30[ ]** ※実習先は、別途受講決定通知でお知らせします。 | | | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 生年月日  性　　別 | 昭和 　　年　 　月　 　日  平成  男・女 | | |
| 受講者氏名 |  | |
| 自宅住所 | 〒（　　　－　　　　） | | 電話番号 |  | | |
| 優先順位  （1事業所で2名以上申し込む場合優先順位を付けてください。） | | |  |
| ヘルパー実務経験年数 | | 年　　　か月間 (R2.7月末現在) | | | | |
| 資格等  （該当するものにﾁｪｯｸし、適宜記入してください） | □介護福祉士  □介護職員基礎研修修了者  □訪問介護員（居宅介護従業者）養成研修  　　級課程修了者  □介護職員初任者研修修了者  □実務者研修修了者 | | | | 筆記試験  受験の有無  (どちらかチェック) | □有 □無 |
| 科目免除  希望の有無  (どちらかチェック) | □有 □無 |
| **テキスト購入希望　　※購入を希望する場合は冊数を記入してください** | | | | | | |
| 『新版　第三号研修(特定の者対象)のための喀痰吸引等研修テキスト』  （中央法規出版）2020/2/15発行　3,080円（税込）【　　　　冊】　※研修初日に代金引換えにてお渡しします。 | | | | | | |

**※受講者氏名、生年月日等誤りのないよう正確に記入してください。(修了証の記載に反映するため)**