FAX：(公財)介護労働安定センター群馬支所　 **０２７－２３５－３０１４**

E-mail：gunma@kaigo-center.or.jp 申込日：　　　 年　　 月　　 日

|  |
| --- |
| **申 込 書** |
| 申込者企業･団体名 |  |
| 代表者 |  |
| 連絡責任者 | お名前 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 開催希望日時 |  年 月 日（ 曜日）午前・午後 時 分から 時 分まで |
| 開催方法 |  集合研修 ・ オンライン ※１ |
| 開催場所※２ | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 受講対象者 |  |
| 受講参加予定人数 | 人 |
| 希望カリキュラム(いずれかに○) | １．必修カリキュラム（3時間）のみ２．１に認知症の理解（ 時間）を追加３．１に障害の理解（ 時間）を追加４．１に認知症の理解（ 時間）と障害の理解（ 時間）を追加 |
| その他 |  |

※１ オンライン開催に当たってはZoom Meetingsにより開催予定です。

Zoom Meetingsは無料で利用できますが、通信にかかる費用は受講者様のご負担となります。

※２ 会場設営に当たっては感染症対策の観点から十分な広さの確保、消毒液の備付、健康管理表等による

参加者の健康管理を励行ください。

※申込書に記入いただいた情報は、講師派遣事業以外の目的には使用しません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※センター使用欄 | 実施日： 月 日（ | ） 時間： 時 分 ～ 時 | 分（ 時間） |
| 担当講師： |  | 準備：ｽｸﾘｰﾝ 有・無 | ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ 有・無 |
| 講師派遣依頼団体確認欄 | 派遣依頼者担当者名 | ㊞ |