

★要綱記載の申込期限内に、秋田県社協研修システム 各研修の申込フォームよりお申込みください。
★市町村介護保険担当への申込も必須です。本会ホームページから申込用紙をダウンロードし、必要事項を記入の上、上記の申込期間内に事業所が所在する市町村介護保険担当あてに申し込んでください。（研修実施要綱を御確認ください。）

令和7年度認知症対応型サービス事業開設者研修
■ 研修受講申込フォーム 見本 ■

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 事務局長 様

(所 在 市 町 村 名)

(事 業 所 名 及 び 所 属 長)

ユーザ登録の情報が自動入力されます。

上記研修に、下記の者の受講を申し込みます。（太枠内を御入力ください）

優先順位 1				
ふりがな	(姓) _____	(名) _____	受講回数	選択 選択肢: 初参加／1～3回／4～6回／7回以上 ※秋田県社会福祉協議会主催の研修に参加した回数
受講者氏名 ※常用漢字	(姓) _____	(名) _____	性別	選択 選択肢: 男／女
現職名	_____		生年月日	西暦／昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
現職経験年数	_____ 年 _____ カ月		経験年数	※現職も含めた福祉保健業務通算年数 _____ 年 _____ カ月 ※申込日現在
受講者所属事業所名	※受講者が所属する施設・事業所名を御記入ください（受講者用名簿に記載します）。 _____			
取得資格	※介護福祉士、社会福祉士、ホームヘルパー2級、保育士、栄養士等、業務に係る資格を御記入ください。 取得資格がない場合「なし」と御記入ください。 _____			

上記項目は、全て必須入力です。

研修受講理由（自由記入：200 文字以内） **※こちらの欄も必須入力です。**
※受講者選定の参考とするため、本欄には理由を具体的に御記入ください。

- 注 1. 修了証の氏名・生年月日は、「受講者氏名」、「生年月日」を記載します。正確に御記入ください。
2. 「受講回数」、「性別」欄は、該当するものを選択してください。
3. 連絡先 E-mail には、受講に関する通知（受講承認通知または受講不承認通知）等を行います。

申込に関するお問い合わせ先	ご担当者 部署・職名	_____	ご担当者 氏名	_____
	電話	_____		
	E-mail	チェックを入れてください ☐ 登録後、申込受付書を送信する（メールアドレス入力時のみ有効）		

ユーザ登録の情報が自動入力されます。

個人情報の取り扱いについて: 受講者の皆様に関する個人情報は、研修の受講者名簿の作成、各種資料の送付、研修毎の受講状況の統計、講師への受講者状況の報告など、研修事業関連のみの目的で使用し、他の目的で使用することはありません。その管理については、秋田県社会福祉協議会「個人情報保護方針（プライバシー・ポリシー）」に基づき適切に行い、無断で第三者に提供することはありません。