



FAX : 092-482-0453

必要事項をご記入の上、この面だけを上記までファクシミリでご送信下さい。



新規・再送 変更

(どちらかを○で囲む)

平成30年度福岡県小規模事業所連携体制構築支援事業 申込用紙

必ずご記入ください	事業種別	訪問系・通所系・短期入所・小規模多機能型・グループホーム・特養・老健・ 特定施設入居者生活介護・介護療養型医療施設・その他（ ）			
	法人名		事業所名		
	事業所所在地	〒（ ） - （ ）			
	電話番号	-	FAX番号	-	-
	受講に関する案内等をファクシミリでお知らせいたします。「FAX番号」は必ずご記入ください。				
希望者名をご記入ください	定員数	名	1日の利用人数 名		
	離職率	平成30年4月1日～ 研修初日までの介護職員離職者数 ※「平成30年度に採用した介護職員の離職者数」は含まない	A 名	現在の離職率 C % (小数点第2位を 四捨五入)	Cの計算式 $\frac{A}{B} \times 100$
		平成29年度末の介護職員在籍者数 (平成30年3月31日時点の介護職員の数)	B 名		
申込者 氏名	フリガナ 氏名	役職名			
希望者名をご記入ください	希望者-1 氏名	フリガナ 氏名	希望 ユニット	第1希望	第2希望
	申込理由				
希望者名をご記入ください	希望者-2 氏名	フリガナ 氏名	希望 ユニット	第1希望	第2希望
	申込理由				

会場・日程をご確認の上、ご希望の「ユニット番号」を第2希望までご記入ください。

※ご希望のユニット番号(会場)が全て満席の場合は選考を実施する場合がございます。ご了承ください。

※1事業所から複数名でお申込みされる場合は、この面をコピーし、必要事項をご記入の上、ファクシミリで送ってください。

※ご記入いただいた個人情報、本事業以外で使用することはありません。

弊社 使用欄	

[お問合せ先]麻生教育サービス(株) 医療福祉事業部 人材育成支援課 TEL092-409-4008

※福岡県暴力団排除条例(平成21年福岡県条例第59号)第2条に規定する暴力団員等又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者に該当する場合は、受講することができません。