

参加申込書

(送信票は不要です)

県北保健所 地域保健課 下司 行 F A X (0950-57-3666)

『令和7年度 難病患者等ホームヘルパー養成研修参加申込書』

事業所名： _____

代表(担当)者氏名： _____

連絡先： 電話 _____ FAX _____

※終了書発行に必要な情報が含まれているため、下記は漏れなくご記載ください。

※1 事業所から複数名参加を希望される場合は、お手数ですが、1人1枚ご記入をお願いします。

氏 名 (ふりがな) ※楷書で	()
生年月日 (年齢)	(歳)
職 種	
難病関係に関わった経験年数	
受講資格 ※該当するものに○をつけてください	1. 介護職員初任者研修課程の修了者又は履修中 2. ホームヘルパー2級課程の修了者 3. 介護福祉士
テキスト購入 ※どちらかに○をつけてください	する ・ しない
難病患者・家族と関わる中で 大切にしていること	

申込メ切：令和8年1月16日(金)まで