

FAX
083-920-0930

令和7年度厚生労働省委託事業
介護労働者雇用管理責任者講習受講申込書

希望 に○ ↓	コース	日時	職名	氏名 ※受講証明書発行のため、明確にご記入ください。
第1回	総合	R7.8.20(水) 13:00~16:10 (第4回と同内容)		
第2回	専門	R7.9.26(金) 10:00~15:00		
第3回	専門	R7.11.11(火) 10:00~15:00		
第4回	総合	R8.1.14(水) 13:00~16:10 (第1回と同内容)		

法人名			事業所名		
事業所所在地	〒				
TEL	() -		FAX	() -	
主なサービスの種類	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 通所介護（デイサービス） ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 短期入所生活介護（ショートステイ） ☐ 居宅介護支援 ☐ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ☐ その他（ ）				
【介護労働者雇用管理責任者の選任状況について】 ※選任している場合を除き、受講後改めて選任状況をお伺いします。			☐ 選任している ☐ 選任していない ☐ わからない		
【介護事業所開設後の経過年数について】 介護事業所開設3年未満である			☐ はい ☐ いいえ		
【職員数について】 職員数50人未満である			☐ はい ☐ いいえ		