

	仙台	気仙沼地域	東部地域	仙南地域	北部地域
基本研修	【研修1】	<input type="checkbox"/> 利府会場(6/24) <input type="checkbox"/> 仙台会場(7/1)	平成30年度に終了しました	<input type="checkbox"/> 石巻会場(7/3) <input type="checkbox"/> 丸森会場(7/4) <input type="checkbox"/> 柴田会場(10/2)	<input type="checkbox"/> 加美会場(7/8)
	【研修1-2】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(8/1-2)	平成30年度に終了しました	<input type="checkbox"/> 石巻会場(7/23-24)	<input type="checkbox"/> 柴田会場(10/30-31)
	【研修2】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(9/17-18)	<input type="checkbox"/> 気仙沼会場(6/5-6)	<input type="checkbox"/> 石巻会場(10/3-4)	<input type="checkbox"/> 柴田会場(1/14-15)
	【研修2-2】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(1/20-21)			
	【研修3】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(10/17-18)	<input type="checkbox"/> 気仙沼会場(9/5-6)	<input type="checkbox"/> 石巻会場(12/2-3)	<input type="checkbox"/> 大河原会場(3/12-13)
実践講座	【講座1-1】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(8/19)	平成30年度に終了しました	<input type="checkbox"/> 石巻会場(8/30)	<input type="checkbox"/> 大河原会場(11/22)
	【講座1-2】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(9/13)	平成30年度に終了しました	<input type="checkbox"/> 石巻会場(9/30)	<input type="checkbox"/> 大河原会場(12/17)
	【講座1-3】		<input type="checkbox"/> 気仙沼会場(8/21)	<input type="checkbox"/> 石巻会場(11/20)	<input type="checkbox"/> 大河原会場(2/18)
	【講座2】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(11/15)			
	【講座3】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(12/23)			
	【講座4】	<input type="checkbox"/> 福島県福島市編(10/8) <input type="checkbox"/> 鹿児島県肝付町編(11/8) <input type="checkbox"/> 女川町編(1/24)			
対象者限定	【対象者限定1】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(6/14)			
	【対象者限定2】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(8/20)			
	【対象者限定3】	<input type="checkbox"/> 仙台会場(9/27)			

参加ご希望の方は、本申込書をFAXまたは郵送してください。
希望するすべての研修・講座の□に✓をつけ、必要事項をご記入
または該当する項目を○で囲んでください。
※一連の研修・講座は、できるだけ同じ地域でご参加ください。
※研修内容と受講要件をお確かめのうえ、お申し込みください。

各会場とも申し込み **先着順** 定員を満たし次第締切

★生活支援コーディネーターの任にあたる方を優先

送信先 **FAX:022-727-8737**

受講料 無料

フリガナ				年齢		性別	
参加者氏名				職種			
所 属	担当市区町村（ ）現在の業務の従事期間 年 ヶ月						
生活支援コーディネーターの任命	すでに任命を受けている ・ 今後任命を受ける予定 ・ 任命を受ける予定はない └──────────┘ (第1層 ・ 第2層 ・ 第3層)						
協議体のメンバー	協議体のメンバーである ・ 協議体のメンバーではない └──────────┘ (第1層 ・ 第2層 ・ 第3層)						
資 格	資格なし ・ 社会福祉士 ・ 社会福祉主事 ・ 保健師 ・ 看護師 介護支援専門員 ・ 介護福祉士 ・ ホームヘルパー ____ 級 ・ 介護職員実務者研修 介護職員初任者研修 ・ 保育士 ・ その他(具体的に:)						
連絡先住所	〒 - (勤務先・自宅)						
電話番号	- -		FAX番号	- -			
平成30年度までの受講歴	<input type="checkbox"/> 研修1 <input type="checkbox"/> 研修1-2 <input type="checkbox"/> 研修2 <input type="checkbox"/> 研修3						

事務局記入欄 <input type="checkbox"/> 申込書を受領しました。	受領日 /	受講につきましては、受講決定通知書の送付をもって確定といたします。 受講決定通知書は、開催日一週間前頃にFAXまたは郵送でお送りします。 本用紙は申込書控えとして保管をお願いいたします。
--	----------	---