

令和8年度 春日井介護ハートスクール  
介護支援専門員等スキルアップ研修 受講申込書

令和 8 年 月 日

申 込 者

( ふりがな )  
氏 名

( )

TEL

FAX

メールアドレス

勤務事業所 ・ 施設

事業所・施設名称

サービスの種類

事業所・施設の所在地

〒  
春日井市

TEL: FAX:

実務経験年数

年 月 (申込日現在)

取得資格等

看護師 ・ 社会福祉士 ・ 介護福祉士 ・ ヘルパー2級  
初任者研修終了 ・ その他( )  
(該当するものに○をつけてください)

出席希望日

○をつけて下さい

5回全て希望

< 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 >回を希望

※複数選択可

申し込みの定員を超えた場合、『5回全て希望』される方を優先させていただきますのでご了承下さい。

締切日 令和8年6月30日

【返信先】(一社)春日井市介護保険居宅・施設事業者連絡会 事務局

FAX : 0568-83-8889

e-mail : k-renrakukai@sweet.ocn.ne.jp