

# 精神障害者ホームヘルパー等支援者研修申込書

記入日 平成30年 月 日

ふりがな			
氏名			
住所	〒		
電話番号			
生年月日	昭和・平成 年 月 日(才)	性別	男・女
所属事業所名			
部署・役職			
所在地	〒		
資格	訪問介護員 介護職員初任者研修修了者 介護支援専門員 介護福祉士 その他の関連資格( )		
精神障害者居宅 介護に関する 実務経験	武蔵野市内(職種: ) (経験年数: ) 武蔵野市外(職種: ) (経験年数: ) ※受講要件に関しますので、必ずご記入下さい。		
何を見て 申し込んだか	<input type="checkbox"/> 市報 <input type="checkbox"/> ふれあい(市民社協だより) <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> お知らせ <input type="checkbox"/> その他( )		
3/7(木)13:30~ 病院見学	申し込む ・ 申し込まない		

この用紙にご記入の上、FAXまたは郵送にて資格証書コピーと共に申し込んでください。

お申込みにあたって

- ・当研修の対象者は、武蔵野市内の事業所および武蔵野市民を対象にしている事業所に所属するホームヘルパー、ケアマネジャーの方です。
- ・受講が決定しましたら、受講案内を送付いたします。
- ・いただいた個人情報については、目的以外に使用いたしません。

主催：武蔵野市 実施事業者：特定非営利活動法人ミュー

お申し込み・お問い合わせ先：

〒180-0006 武蔵野市中町3-4-9 ディアハイム武蔵野 1階  
特定非営利活動法人ミュー ライフサポートMEW

TEL:0422-36-3830 FAX:0422-36-3700 担当:清水上しずがみ