### 【様式2】フェースシート（受講者用）

日付 年 月 日

**本シートはマッチングしたアドバイザーへ渡すことを予めご了承ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 氏名（年齢） | ひらがな  （年齢： 才） |
| 事業所住所 |  |
| 事業所の  最寄り駅名 | いずれかに✔をしてください　 JR　 ﾊﾞｽ　地下鉄　市電  最寄り駅名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所電話番号 |  |
| メールアドレス（必須） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 簡単な職歴  ※福祉・医療業以外の職歴の記載は不要です | 例）介護福祉士として、特別養護老人ホームに３年間勤務等 |
| 介護支援専門員以外の資格等 |  |
| 受講動機  （該当するものに〇をしてください） | 1.行政・地域組織から勧められた  2.職場から勧められた  3.自薦  4.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事例提出理由 |  |
| ケアマネジメントにおいて困っていること等 |  |