

平成30年度 施設等新任職員研修会申込書

平成30年 月 日

かがわ健康福祉機構 研修部長 あて

* 該当箇所に○印をして下さい

施設区分：救護・障害福祉サービス事業所・障害支援施設・児童福祉・養護
・特養・老健・軽費・有料・その他（ ）

施設名：

所在地：

担当者：

TEL：

下記のとおり申し込みます。

フリガナ 氏 名	職 名	福祉職員として の経験年数	貴施設での 経験年数	備 考
性別(男・女) 年齢(10・20・30・40・50～)歳代		年 ヶ月	年 ヶ月	
性別(男・女) 年齢(10・20・30・40・50～)歳代		年 ヶ月	年 ヶ月	
性別(男・女) 年齢(10・20・30・40・50～)歳代		年 ヶ月	年 ヶ月	

注) 研修実施上の参考にさせていただきます。経験年数は、平成30年5月末時点をご記入ください。

* 受講日が第1回目または第2回目になるかについては研修部で調整の上、5月11日（金）頃までに決定通知を発送いたします。

お申込みが定員を大幅に超えた場合は、参加をお断りすることがあります。

* 施設の行事等が研修日に重なるような場合は、備考欄にその旨お書き添えください。また、同施設等で2名以上お申し込みの場合は、同日もしくは別日希望もお書き添えください。調整時の参考にいたします。（ご希望に添えないこともありますが、ご了承ください。）