

平成30年度 障害者支援施設等職員研修会 申込書

平成30年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部 あて FAX 087-835-4777

(該当箇所にし点をつけてください。)

施設・事業所等区分: 救護 障害福祉サービス事業所
 障害者支援施設 その他()

施設・事業所名:

〒

所在地:

担当者職・氏名:

TEL:

下記のとおり申し込みます。

(フリガナ) 〔必ず記入〕 氏 名	職名	性別	年齢 (注)	通算の 実務経験年数 (注)	備考
()		男 女			
()		男 女			
()		男 女			

注) 年齢、経験年数は、受講日時点をご記入ください。

※ 原則、先着順の受付といたします。

※ 9月7日(金)までに当研修部から特段の連絡がない場合は、受講可とさせていただきます。