

FAX締切 9月19日(水)

平成30年 月 日

FAX 087-835-4777

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部長 あて

◆施設・事業所区分：(○で囲んで下さい)

救護施設・障害福祉サービス事業所・障害者支援施設・児童福祉施設・
養護・特養・軽費・有料ホーム・療養医療施設・老健・グループホーム
その他

◆名 称

◆担当者職氏名(問合せ先)

◆連絡先(電話番号)

平成30年度介護福祉士養成実習施設実習指導者研修会について

上記研修会について、下記のとおり申し込みます。(※)

| (フリガナ) 氏 名 | 職 名 | 性別 | 年齢 | 通算 経験年数 | 備考 |
|---------------|-----|--------|----|------------|----|
| () | | 男 女 | | | |
| () | | 男 女 | | | |
| () | | 男 女 | | | |

(※ 介護福祉士として3年以上の実務経験が必要です。)