

FAX締切 7月25日(水)

平成30年度 リスクマネジメント研修会 申込書

平成30年 月 日

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

(※ 該当に○印をつけてください)

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、児童福祉施設、
特養ホーム、養護ホーム、軽費ホーム、有料ホーム、老健施設、
グループホーム、小規模多機能、地域包括支援センター
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。

※ 7月27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。