

申込期限:平成30年5月7日(月)17時必着

平成 30 年 月 日

かがわ健康福祉機構研修部長 あて

施設区分:該当するところに○をつけてください。  
(救護・障害者支援施設等・養護・特養・通所介護・  
有料・軽費・老健・その他:\_\_\_\_\_)

施設名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

平成 30 年度 レクリエーショナル・アクティビティ研修会申込書

職 名	氏 名	経験年数 (通算)	備 考
	(フリガナ)  _____ 性別 (男・女) 年齢 ( ) 歳代		
	(フリガナ)  _____ 性別 (男・女) 年齢 ( ) 歳代		
	(フリガナ)  _____ 性別 (男・女) 年齢 ( ) 歳代		

- ※ 経験年数は、福祉職員としての通算年数を平成30年4月末時点でご記入ください。
- ※ 受講日が第1回または第2回目になるかについては、研修部で調整のうえ、5月中旬頃に決定通知を送付いたします。
- ※ 施設の行事等やむを得ない理由がある場合、備考欄にその旨お書き添えください。また、2名以上お申込みの場合は、同日でも可能かどうか備考欄に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ので、予めご了承ください。)
- ※ 申込み多数の場合には先着順とさせていただきます。