

申込期限:平成 30 年 7 月 11 日(水)17時

平成 30 年 月 日

かがわ健康福祉機構研修部長 あて

該当する施設区分にレ点をつけてください。

- 救護 障害者福祉サービス事業所 障害者支援施設 特養 養護 老健  
有料(介護付・住宅型) ケアハウス 介護療養型医療  
認知症グループホーム 小規模多機能型 その他: \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

平成 30 年度 介護技術特別研修会申込書

職名 (介護職員・看護職員等)	氏名	経験年数 (通算) (注)	備考
	(フリガナ) _____ 性別(男・女) 年齢(10・20・30・40・50・60~)歳代		
	(フリガナ) _____ 性別(男・女) 年齢(10・20・30・40・50・60~)歳代		
	(フリガナ) _____ 性別(男・女) 年齢(10・20・30・40・50・60~)歳代		

注) 経験年数は、福祉職員としての通算年数を平成 30 年 6 月末時点でご記入ください。

【受講決定に際しての注意事項】

申込み多数の場合には、**先着順**とさせていただきます。定員を超えてからのお申込分につきましては、随時、研修部よりご連絡をいたします。

このため、**平成 30 年 7 月 13 日 (金) までに研修部から連絡がない場合は、「受講可」とさせていただきます。決定通知はいたしません**ので、ご了承願います。