

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

(該当箇所には点をつけてください。)

施設・事業所等区分: 養護 特養 軽費 有料ホーム 老健

医療施設 その他()

施設・事業所名:

〒

所在地:

担当者職・氏名:

TEL:

令和元年度 高齢者福祉施設等職員研修会 申込書

下記のとおり申し込みます。

（ふりがな：必ず記入） 氏 名	職名	通算の 実務経験年数(注)	備考
（ふりがな： ）		年 月	
（ふりがな： ）		年 月	
（ふりがな： ）		年 月	
（ふりがな： ）		年 月	

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9日(火)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。