

令和元年度 障害者支援施設等職員研修会申込書

令和元年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部 あて F A X 0 8 7 - 8 3 5 - 4 7 7 7

(該当箇所には点をつけてください。)

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 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。

職名	氏名	通算の 実務経験年数 (注)	備考
	(フリガナ:) 年齢(10・20・30・40・50・60・70~)歳代	年 力月	
	(フリガナ:) 年齢(10・20・30・40・50・60・70~)歳代	年 力月	
	(フリガナ:) 年齢(10・20・30・40・50・60・70~)歳代	年 力月	

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。

※ 9月6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。