

FAX締切 9月19日(木)

令和元年 月 日

FAX 087-835-4777

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部長 あて

◆施設・事業所区分：(○で囲んで下さい)

救護施設・障害福祉サービス事業所・障害者支援施設・児童福祉施設・
養護・特養・軽費・有料ホーム・療養医療施設・老健・グループホーム
その他

◆名 称

◆担当者職氏名(問合せ先)

◆連絡先(電話番号)

令和元年度介護福祉士養成実習施設実習指導者研修会について

上記研修会について、下記のとおり申し込みます。(※)

(フリガナ) 氏 名	職 名	性別	年齢	通算 経験年数	備考
()		男 女			
()		男 女			
()		男 女			

(※ 介護福祉士として3年以上の実務経験が必要です。)