

FAX 締切 7月9日(火)

令和元年度 対人援助技術専門研修会 申込書

令和元年 月 日

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

(※ 該当に○印をつけてください)

施設・事業所等 救護、障害福祉サービス事業所、障害者支援施設、児童福祉施設、特別養
区分 護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護
老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、地域包括支援センター
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。

(フリガナ) [必ず記入] 氏 名	職名	性別	年齢 (注)	通算の実務経験 年数(注)	備考
()		男 女			
()		男 女			
()		男 女			

(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11日(木)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。