

申込期限:平成31年4月22日(月)17時必着

平成31年度 レクリエーショナル・アクティビティ研修会申込書

年 月 日

かがわ健康福祉機構研修部長 あて

(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 障害者支援施設等 養護 特養  
障害者支援施設 通所介護 有料 軽費  
老健 その他( )

施設・事業所名:

〒

所在地:

担当者職・氏名:

TEL:

下記の通り申し込みます。

(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			

- ※ 経験年数は、福祉職員としての通算年数を平成31年4月末時点でご記入ください。
- ※ 受講日が第1回または第2回目になるかについては、研修部で調整のうえ、4月26日(金)前後に決定通知を送付いたします。
- ※ 施設の行事等やむを得ない理由がある場合、備考欄にその旨お書き添えください。また、2名以上お申込みの場合は、同日でも可能かどうかも備考欄にお書き添えください。調整時の参考にいたします。(ご希望に添えないこともありますので、予めご了承ください。)
- ※ 申込み多数の場合には先着順とさせていただきます。