（別 紙）

申込書締切り:10月7日(木)まで

令和３年　　月 日

(公財)かがわ健康福祉機構 研修部長 あて

ＦＡＸ０８７－８３５－４７７７

|  |  |
| --- | --- |
| 所在市町名 |  |
| 施設名 |  |
| 担当者名 |  |
| 連絡先　TEL |  |
| FAX |  |

|  |  |
| --- | --- |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ：必ず記入 )  氏 名 | ＊経験月数 |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　 　　　　　　　　) |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　 　　　　　　　　) |  |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　 　　　　　　　　) |  |

＊申込時点での経験月数をご記入ください。

※定員を超えた場合は、受付を終了し、先着順で受講決定します。受講をお断りする方にはご連絡いたします。連絡の無い方は、受講可といたします。(決定通知発送なし)