

FAX 締切:7月29日(木)まで

令和3年 月 日

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

(該当箇所にレ点をつけてください。)

施設・事業所等区分: 養護 特養 軽費 有料ホーム 老健
 医療施設 その他()

施設・事業所名:

〒

所在地:

担当者職・氏名:

TEL:

FAX:

令和3年度 高齢者福祉施設等職員研修会 申込書

下記のとおり申し込みます。

(ふりがな: 必ず記入) 氏 名	職名	通算の 実務経験年数 (注)	備考
(ふりがな:) 氏名:		年 月	
(ふりがな:) 氏名:		年 月	

注)実務経験年数は、申込み時点をご記入ください。

※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。受講をお断りする場合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)