

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部 へて (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：	<input type="checkbox"/> 救護	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業所
	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設	<input type="checkbox"/> その他()

施設・事業所名：

〒

所在地：

TEL：

担当者職・氏名：

FAX：

令和3年度 障害者支援施設等職員研修会申込書

下記のとおり申し込みます。

職名	(フリガナ) 氏名	通算の 実務経験年数 (注)	備考
	(フリガナ:) 氏名： 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代	年 力月	
	(フリガナ:) 氏名： 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代	年 力月	

注) 年齢、経験年数は、申込み時点でご記入ください。

※ 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、受講可とさせていただきます。(決定通知発送なし)