

FAX申込締切 9月10日(金)

令和3年度 社会福祉施設等施設長研修会 申込書

令和3年 月 日

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

※ 該当する□に、レ印を付けてください。

- 施設等区分:
- 救護施設
 - 指定障害福祉サービス事業所 障害者支援施設
 - 養護 特養 軽費 老健
 - 有料(介護付又は介護専用) 有料(住宅型)
 - 小規模多機能型 居宅介護支援事業所
 - 短期入所生活介護事業所 介護療養型医療施設
 - 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
 - 児童福祉施設 その他()

施設名: _____

〒

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) 氏名	職名	備考
()		
()		

※ 原則、先着順の受付とします。

※ 当研修部から特段の連絡がない場合は、受講可とします。(決定通知の発送なし)