

FAX申込締切 9月17日(金)

令和3年度 介護福祉士養成実習施設実習指導者研修会 申込書

令和3年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部 あて 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 有料(介護付又は介護専用) 老健
 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	性別	年齢	通算 経験年数	備考
()		男 ・ 女			
()		男 ・ 女			
()		男 ・ 女			

※ 介護福祉士として、3年以上の実務経験が必要です。