

申込期限：7月16日(金)締切

FAX：087-835-4777

令和3年度 対人援助技術専門研修会 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

(該当区分にレ点)

施設・事業所等区分：
障害福祉サービス事業所 障害者支援施設
特養 軽費 有料老人ホーム 老健
小規模多機能型居宅介護 認知症グループホーム
社協 その他 ()

施設・事業所名：

所在地：〒

担当者

TEL：

職・氏名：

FAX：

| 職名 (介護職員・看護職員等) | フリガナ 氏名 | 福祉経験年数 (通算) (注) | 備考 |
|--------------------|--|--------------------|----|
| | フリガナ： 氏名： _____ 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代 | | |
| | フリガナ： 氏名： _____ 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代 | | |
| | フリガナ： 氏名： _____ 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代 | | |

(注) 経験年数・年齢は、申込時点でご記入ください。

※ 原則、先着順とします。研修部から、特に連絡がない場合は、受講可としますので、決定通知は、いたしません。