

申込期限：7月27日(火) 締切

FAX：087-835-4777

令和3年度 リスクマネジメント研修会 申込書

令和3年 月 日

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。