

締切：令和3年4月19日(月)17時

令和3年度 レクリエーショナル・アクティビティ研修会申込書

令和3年 月 日

(公財)かがわ健康福祉機構研修部長 あて

(該当区分にレ点をご記入ください。)

施設・事業所等区分：救護 養護 特養 老健
指定障害福祉サービス事業所 障害者支援施設
通所介護 有料 軽費 その他()

施設・事業所名：

〒

所在地：

担当者職・氏名：

TEL：

※受講日の5月14日(金)、26日(水)は研修部で決定いたします。

なお、申込人数によっては5月14日(金)のみの開催となる場合があります。

下記の通り申し込みます。

(フリガナ:必ずご記入ください) 氏名	職名	通算の実務経験 年数(※1)	備考
(フリガナ:) 氏名： 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		年 月	
(フリガナ:) 氏名： 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		年 月	
(フリガナ:) 氏名： 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		年 月	

※1 経験年数は、令和3年4月末時点での福祉職員としての通算年数をご記入ください。

※2 受講日の決定については、研修部で調整のうえ4月23日(金)に決定通知を送付いたします。

※3 2名以上でお申込みの場合は、同日の受講が可能かどうかを備考欄にお書き添えください。

調整時の参考にいたしますが、ご希望に添えないこともありますので、予めご了承ください。

※4 申込み多数の場合には、先着順とさせていただきます。