

FAX締切 11月10日(水)まで

(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 へて
FAX 087-835-4777

令和3年度 接遇力研修会 申込書

令和3年 月 日

施設・事業所区分：(※ 該当区分に をつけてください)

- 特養ホーム 養護老人ホーム 軽費老人ホーム 有料老人ホーム
 短期入所生活介護事業所(ショートステイ) 介護老人保健施設 グループホーム
 小規模多機能型居宅介護 障害者福祉サービス事業所 障害者支援施設
 通所介護(デイサービス) 介護医療院 介護療養型医療施設
 訪問看護ステーション 地域包括支援センター 社会福祉協議会
 その他()

施設名：

〒

所在地：

TEL：

担当者 職・氏名：

FAX：

下記のとおり申し込みます。

(フリガナ：必ずご記入ください) 氏名	職名 (又は職種)	通算実務 経験年数	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	

(注) 年齢、経験年数は、受講日時点をご記入ください。

※ 定員を超えた場合は、先着順で受講決定し、お断りする方にはご連絡いたします。
連絡のない方は、受講可とします。(決定通知の発送なし)