

申込締切：6月25日(金) FAX: (087) 835-4777

令和3年度 福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程
 チームリーダーコース 受講申込書

令和3年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部 あて

日程・会場		9月1日(水)、9月4日(土)(2日間) 社会福祉総合センター7階 大会議室		
受講申込者	フリガナ必須氏名	()	生年月日 (修了証書発行に必要) 西暦で記入 ↓ 年 月 日(歳)	
	職名		職種(※1)	
	勤務先	法人名		
		施設・事業所名		
		所在地	〒	
		電話番号・FAX	TEL:	FAX:
	分野別(○で囲む)	高齢者 ・ 障害者(児) ・ 児童 ・ 社協		
福祉職員経験年数	年 月(申込時点)	現所属経験年数	年 月(申込時点)	
送付先	テキスト及び事前課題をお送りしますので、希望する送付先にレ点を記入してください。			
	① <input type="checkbox"/> 上記勤務先 ② <input type="checkbox"/> 下記住所			
住所	〒			
担当者	職・氏名			
	連絡先(レ点を記入)	① <input type="checkbox"/> 受講申込者と同じ ② <input type="checkbox"/> 下記の通り		
	施設・事業所名			
	所在地	〒		
	電話番号・FAX	TEL:	FAX:	

(注) 受講申込書(Word)・事前課題等の演習様式(Excel)は、当機構研修部ホームページ(※2)に掲載

※1 職種は、介護・看護・栄養・生活指導・事務等を記入してください。

※2 <http://www.kagawa-swc.or.jp/home/kensyu2021/index.htm>⇒研修部・令和3年度研修