

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  
**中堅職員コース 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		8月27日(金)、8月28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