

FAX 締切:7月29日(金)17時まで

令和4年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部 あて  
(FAX: 087-835-4777)

(該当箇所にレ点をつけてください。)

施設・事業所等 区分:	<input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業所	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設
	<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム
	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所	
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業所	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

施設・事業所名:

〒

所在地:

担当者職・氏名:

TEL:

FAX:

### 令和4年度 高齢者福祉施設等職員研修会 申込書

下記のとおり申し込みます。

(ふりがな: 必ず記入) 氏名	職名	通算の 実務経験年数 (注)	備考
(ふりがな: ) 氏名:		年 月	
(ふりがな: ) 氏名:		年 月	

注) 実務経験年数は、申込み時点をご記入ください。

※定員を超えた場合は、受付を終了し、先着順で受講決定します。受講をお断りする場合にはご連絡いたします。連絡の無い方は、受講可といたします。(決定通知発送なし)