|  |
| --- |
| **ＦＡＸ締切：令和4年8月31日(水)** |

（公財）かがわ健康福祉機構 研修部 あて

(FAX:**０８７－８３５－４７７７**)

令和４年　　月　　日

令和４年度 障害者支援施設等職員研修会申込書

|  |  |
| --- | --- |
| (該当箇所にレ点をつけてください。) | |
| 施設・事業所等区分: | □救護　　　　　　　　　 □障害福祉サービス事業所  □障害者支援施設　　□その他（ 　　 ) |
| 施設・事業所名： | |
| 〒  所在地： | |
| TEL：  担当者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | |

下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | （　ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ　）  氏　名 | 通算の  実務経験年数(注) | 備　考 |
|  | （ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　　　　　　　　　　　）  　氏名：  年齢( 10・20・30・40・50・60～)歳代 | 年 　カ月 |  |
|  | （ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　　　　　　　　　　　）  　氏名：  年齢( 10・20・30・40・50・60～)歳代 | 年 　カ月 |  |

注) 年齢、経験年数は、申込み時点でご記入ください。

※ 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。

受講をお断りする方にはご連絡いたします。

連絡の無い方は、受講可とさせていただきます。(決定通知発送なし)