

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 へ
(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

(該当箇所には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	(フリガナ) 氏名	通算の 実務経験年数 (注)	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、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)