

申込日：令和4年 月 日

返 信 先	F A X : 087-835-4777
	(公財)かがわ健康福祉機構研修部あて
	申込期限：9月21日(水)

令和4年度 社会福祉施設等施設長研修会 申込書

施設・事業所等区分： (該当区分にレ点をご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 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"/> 老人デイサービスセンター <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"/> その他（	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人短期入所施設 <input type="checkbox"/> 老人福祉センター <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 ）
施設・事業所名：		
所在地：〒		
担当者 職・氏名：	TEL：	
	FAX：	

職 名	フリガナ 氏 名	備 考
	フリガナ： 氏名：_____ 年齢（10・20・30・40・50・60～）歳代	
	フリガナ： 氏名：_____ 年齢（10・20・30・40・50・60～）歳代	
	フリガナ： 氏名：_____ 年齢（10・20・30・40・50・60～）歳代	

(注) 経験年数・年齢は、受講日時点をご記入ください。

※ 原則、先着順とします。研修部から、特に連絡がない場合は、受講可としますので、決定通知は、いたしません。