

申込先

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8日(木)

申込日 : 令和4年 月 日

令和4年度 施設介護支援専門員専門研修会 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"/> 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"/> 認知症対応型グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
施設・事業所名 :		
所在地 : 〒		
担当者		
職・氏名 :		TEL :
		FAX :

NO	職名 (介護支援専門員、介護職員等)	フリガナ 氏名	福祉経験年数(通算)※注1
1		フリガナ: 氏名: 年齢(10・20・30・40・50・60~)歳代	年 月
	Web研修参加の可否	<input type="checkbox"/> 参加可能である	<input type="checkbox"/> 参加できない
	メールアドレス (参加可能な方のみ)		
	メールアドレスのフリガナ ※注2		

NO	職名 (介護支援専門員、介護職員等)	フリガナ 氏名	福祉経験年数(通算)※注1
2		フリガナ: 氏名: 年齢(10・20・30・40・50・60~)歳代	年 月
	Web研修参加の可否	<input type="checkbox"/> 参加可能である	<input type="checkbox"/> 参加できない
	メールアドレス (参加可能な方のみ)		
	メールアドレスのフリガナ ※注2		

【記入要領・留意点】

※注1 経験年数・年齢は、受講日時点をご記入ください。

※注2 メールアドレスには必ずフリガナをご記入ください。

(以下の例のように大・小文字や数字をはっきりと記入ください)

例	メールアドレス	1b0lq @ kagawa. co . jp
	メールアドレスのフリガナ	イチビーゼロエルキュー @ ケイエージーエイダブルエイ.シーオー.ジェイピー

※ 原則、先着順とします。なお、研修部から特に連絡がない場合は、受講可とし決定通知は行いませんのでご注意ください。