

FAX 締切：9月22日(木)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

令和4年度 介護トピックセミナー 申込書

(※ 該当区分にレ点をつけてください)

施設等区分：救護 障害者福祉サービス事業所 障害者支援施設 養護 特養
軽費（ケアハウス） 有料老人ホーム 小規模多機能 短期入所
老健施設 療養医療施設 グループホーム 訪問看護 訪問介護
その他（ ）

施設名：

〒 _____

所在地：

担当者職・氏名：

TEL：

FAX：

下記のとおり申し込みます。

(フリガナ:必ず記入のこと) 氏名	職名	通算 経験年数(注)	備考
(フリガナ:) 氏名 _____ 年齢(10・20・30・40・50・60・70～)歳代		年 月	
(フリガナ:) 氏名 _____ 年齢(10・20・30・40・50・60・70～)歳代		年 月	

※1 経験年数は、申込み時点での福祉職員としての通算年数をご記入ください。

※2 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)