

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
	回答期限 : 11月2日(水)

令和4年度 接遇力研修会 申込書

令和4年 月 日

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"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 地域包括センター <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他 ()
施設・事業所名：	
所在地：〒	
担当者	
職・氏名：	TEL :
	FAX :

職名 (介護職員・ 看護職員等)	フリガナ 氏名	福祉経験年数 (通算) (注)	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。