

締切：8月19日(金) FAX: (087) 835-4777

令和4年度 福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程
管理職員コース 受講申込書

令和4年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部 あて

日程・会場		10月13日(木)、10月14日(金) (2日間) 社会福祉総合センター7階 大会議室		
受講申込者	氏名 <small>刀カ+必須</small>	()	生年月日 <small>(修了証書発行に必要)</small>	
	職名		職種(※1)	
	勤務先	法人名		
		施設・事業所名		
		所在地	〒 _____	
		電話番号・FAX	TEL: _____	FAX: _____
	分野別(○で囲む)	高齢者 ・ 障害者(児) ・ 児童 ・ 社協		
福祉職員 経験年数	年 月 (受講日時点)	現所属 経験年数	年 月 (受講日時点)	
送付先	テキスト及び事前課題をお送りしますので、希望する送付先にレ点を記入してください。 <input type="checkbox"/> ① 上記勤務先 <input type="checkbox"/> ② 下記住所			
	住所	〒 _____		
担当者	職・氏名			
	連絡先(レ点を記入)	<input type="checkbox"/> ① 受講申込者と同じ <input type="checkbox"/> ② 下記の通り		
	施設・事業所名			
	所在地	〒 _____		
	電話番号・FAX	TEL: _____	FAX: _____	

(注) ※1 職種は、介護・看護・栄養・生活指導・事務等を記入してください。

※ 受講申込書(Word)・事前課題等の演習様式(Excel)は、当機構研修部ホームページに掲載しています。 <http://www.kagawa-swc.or.jp/home/home.htm>