

締切：7月5日(火) 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  
**中堅職員コース 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        |   | 8月26日(金)、8月27日(土) (2日間)<br>社会福祉総合センター7階 大会議室                              |  |            |
| 受講申込者        | フリガナ必須<br>氏名  | ( )   | 生年月日<br>(修了証書発行に必要)<br>西暦(年齢は受講日時点)<br>____年 ____月 ____日( ____歳) |            |
|              | 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<br>経験年数 | ____年 ____月 (受講日時点)   | 現所属<br>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。<br>① <input type="checkbox"/> 上記勤務先                      ② <input type="checkbox"/> 下記住所 |   |  |            |
|              | 住所  | 〒 _____   |  |            |
| 担当者          | 職・氏名  |   |  |            |
|              | 連絡先(レ点を記入)  | ① <input type="checkbox"/> 受講申込者と同じ      ② <input type="checkbox"/> 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>