

令和4年度 福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程
初任者コース 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	●受講日程は、研修部で決定します。 ●各コースが定員に著しく満たない場合はAコースのみになる場合があります。 Aコース：6月16日(木)、6月17日(金) (2日間) Bコース：6月23日(木)、6月24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>フリガナ必須</small>	()	生年月日 <small>(修了証書発行に必要)</small>	西暦(年齢は受講日時点) _____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 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。 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>