申込期限
令和５年５月８日(月)
17時まで

(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて
FAX:０８７－８３５－４７７７

令和５年　月　日

令和５年度 レクリエーショナル・アクティビティ研修会〈５月19日(金)開催〉
申込書

施設・事業所等区分: (該当区分にレ点をご記入ください。)	□救護　□養護　□特養　□老健 □指定障害福祉サービス事業所　□障害者支援施設 □通所介護　□有料　□軽費　□その他(　　)
施設・事業所名：	
〒 所在地：	
担当者職・氏名：	TEL：

下記の通り申し込みます。

(フリガナ:必ずご記入ください) 氏　　名	職名	通算の実務経験 年数(※1)	備考
(ﾌﾘｶﾞﾅ:　　) 氏名： 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		年　ヶ月	
(ﾌﾘｶﾞﾅ:　　) 氏名： 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		年　ヶ月	

※１　経験年数は、申込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。
受講をお断りする場合にはご連絡いたします。
連絡の無い方は、受講可といたします。(決定通知発送なし)