**申込期限**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて

**令和５年７月４日(火)** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX:**０８７－８３５－４７７７**

令和５年度 福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程

**チームリーダーコース** 受講申込書

令和５年　月　　日

（公財）かがわ健康福祉機構 研修部 あて

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日程・会場 | | ９月２日(土)、９月６日(水)［２日間］  社会福祉総合センター７階　大会議室 | | | | |
| 受講申込者 | ﾌﾘｶﾞﾅ必須  氏 名 | (　　　　　　 　 　　) | | | 生年月日  (修了証書発行に必要) | 西暦 19 年 月 　日  ( 　歳) (年齢は受講日時点) |
| 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) |
| ﾃｷｽﾄ等  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上記勤務先　　　　　□②下記住所 | | | | |
|  | | | | |
| 〒  住　　所 | | 〒 | | |
|  |  |  | | | | |
| 担当者 | 職・氏名 |  | | | | |
| 連絡先 | (レ点を記入)  □①受講申込者と同じ　　□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。⇒<https://www.kagawa-swc.or.jp/home/home.htm>