申込期限
令和５年４月 28 日(金)

(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて
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
初 任 者 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		６月 15 日(木)、６月 16 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	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

申込期限
令和５年７月４日(火)

(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて
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

中 堅 職 員 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	８月 25 日(金)、８月 26 日(土) [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