**申込期限**(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて

**令和６年８月13日(火)**FAX:**０８７－８３５－４７７７**

**17時まで**

　令和６年 　月　　日

令和６年度 高齢者福祉施設等職員研修会 〈８月22日（木）開催〉

申込書

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 施設・事業所等区分:  (該当箇所にレ点をご記入下さい。) | □指定障害福祉サービス事業所　　　□障害者支援施設  □養護老人ホーム　　　　　　　　　□特別養護老人ホーム  □軽費老人ホーム　　　　　　　　　□有料老人ホーム  □介護老人保健施設　　　　　　　　□社会福祉協議会  □認知症対応型共同生活介護事業所  □小規模多機能型居宅介護事業所  □その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 施設・事業所名： | |
| 〒  所在地： | |
| 担当者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　TEL：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： | |

下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな：必ず記入）  氏　　名 | 職名 | 通算の  実務経験年数(注) | 備考 |
| （ふりがな:　　　　　　　 　　　）  氏名: |  | 年　　ヶ月 |  |
| （ふりがな:　　　　　　　 　　　）  氏名: |  | 年　　ヶ月 |  |
| （ふりがな:　　　　　　　 　　　）  氏名: |  | 年　　ヶ月 |  |

注)実務経験年数は、申込み時点をご記入ください。

※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）