**申込期限**(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて

**令和６年10月３日(木)**FAX:**０８７－８３５－４７７７**

**17時まで**

令和６年　　月　　日

令和６年度 介護トピックセミナー〈10月17日(木)開催〉

申込書

|  |
| --- |
| （※ 該当区分にレ点をつけてください）  施設等区分：□救護　 □障害者福祉サービス事業所　 □障害者支援施設　 □養護　 □特養  □軽費（ケアハウス） □有料老人ホーム　 □小規模多機能　 □短期入所  □老健施設　 □療養医療施設 　□グループホーム　 □訪問看護　 □訪問介護  □その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設名： |
| 〒  所在地： |
| 担当者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　TEL：　　　　　　　　　　　FAX： |

下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ:必ず記入のこと）  氏　　名 | 職　　名 | 通算  経験年数(注) | 備　考 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　　　　　　　　　　　）  氏名  年齢( 10・20・30・40・50・60・70～)歳代 |  | 年 　カ月 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　　　　　　　　　　　）  氏名  年齢( 10・20・30・40・50・60・70～)歳代 |  | 年 　カ月 |  |

※1　経験年数は、申込み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。

受講をお断りする方にはご連絡いたします。

連絡の無い方は、受講可とさせていただきます。(決定通知発送なし)