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

**令和7年９月５日(金)** 　　　　　　　　　　　 　　　(FAX:**０８７－８３５－４７７７**)

**17時まで**

令和７年　　月　　日

令和7年度 障害者支援施設等職員研修会〈９月17日(水)開催〉

申込書

|  |
| --- |
|  (該当箇所にレ点をつけてください。) |
| 施設・事業所等区分: | □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・事業所名： |
| 　　　〒所在地： |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：担当者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX： |

下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | （　ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ　）氏　名　 | 通算の実務経験年数(注) | 備　考 |
|  | （ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　　　　　　　　　　　）　氏名：年齢( 10・20・30・40・50・60～)歳代 | 年 　カ月 |  |
|  | （ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　　　　　　　　　　　）　氏名：　年齢( 10・20・30・40・50・60～)歳代 | 年 　カ月 |  |

注) 年齢、経験年数は、申込み時点でご記入ください。

※ 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)