返信先	ＦＡＸ：087-835-4777 （公財）かがわ健康福祉機構研修部あて **回答期限：７月２８日（月）**

令和７年度　リスクマネジメント研修会　申込書

令和７年　　月　　日

施設・事業所等区分： （該当区分にレ点を ご記入ください。）	□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 □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　□社会福祉協議会 □その他（　　）
施設・事業所名：	
所在地：〒	
担当者 職・氏名：　　TEL： FAX：	

職　名 （介護職員・ 看護職員等）	氏（フリ）　名（ガナ）	福祉経験年数 （通算）（注）	備　考
	ﾌﾘｶﾞﾅ: 氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢（ 10・20・30・40・50・60～ ）歳代		
	ﾌﾘｶﾞﾅ: 氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢（ 10・20・30・40・50・60～ ）歳代		
	ﾌﾘｶﾞﾅ: 氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿ 年齢（ 10・20・30・40・50・60～ ）歳代		

（注）経験年数・年齢は、受講日時点をご記入ください。

※ 原則、先着順とします。 研修部から、特に連絡がない場合は、受講可としますので、決定通知は、いたしません。