|  |  |
| --- | --- |
| **申込先** | **ＦＡＸ：087-835-4777**  (公財)かがわ健康福祉機構研修部あて |
| **申込期限：６月27日(金)** |



受講申込書・事前課題等の様式は、こちらの**QRコード**からも確認できます。

**令和７年度福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程**

|  |  |
| --- | --- |
| **開催日** | **８月29日(金)、30日(土)【２日間】**  **香川県社会福祉総合センター７階大会議室にて集合研修で開催**  **(受講料８,０００円は当日受付です)** |

**チームリーダーコース受講申込書**

申込日：令和７年　月　 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受　講　者　情　報** | **フリガナ**  **必須** |  | | **生年月日** | 西暦　　　　　年　　　月　　日  【　　　歳】(受講日時点)  ※修了証書発行に必要なため上記は  **必ずご本人様**が記載してください。 |
| **氏　名** |  | |
| **職　種**  **(レ点記入)** | □介護職員・介護福祉士等　□介護支援専門員　□相談員・支援員等  □保健師・看護師等　□事務職員　□管理者・サービス管理責任者等  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **勤務先** | **施設・事業所区分** | □高齢者　・　□障害者(児)　・　□児童　・　□社協 | | |
| **法　人　名** |  | | |
| **施設・事業所名** |  | | |
| **所　在　地** | 〒　　　― | | |
| **TEL・FAX** | TEL:　　　　　　　 　　　FAX： | | |
| **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) |
| **決定通知**  **テキスト**  **事前課題**  **送 付 先** | 上記勤務先とは**別の住所への送付をご希望の方のみ、**レ点と下記送付先を記入ください。  □下記住所に送付希望(上記勤務先に送付しません。) | | | |
| **住　　所** | 〒　　　　― | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申込事務連絡先** | **連　絡　先**  **(レ点記入)** | □受講者情報と同じ(以下の記入は不要です)  　□下記の通り(**受講者情報と異なる場合のみ**記入ください) | | |
| **職　　　名** |  | **氏　　　名** |  |
| **施設・事業所名** |  | | |
| **所　在　地** | 〒　　　― | | |
| **TEL・FAX** | TEL:　　　　　　　 　　　FAX： | | |