**申込期限**(公財)かがわ健康福祉機構 研修部 あて

**令和６年６月10日(月)**FAX:**０８７－８３５－４７７７**

**17時まで**

令和６年　月　日

令和６年度 レクリエーショナル・アクティビティ研修会〈６月20日(木)開催〉

申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設・事業所等区分:  (該当区分にレ点をご記入ください。) | □救護　 □養護　　□特養 □老健  □指定障害福祉サービス事業所 □障害者支援施設　　 □通所介護 □有料 □軽費　□その他（ ) |
| 施設・事業所名： | |
| 〒  所在地： | |
| 担当者職・氏名：　　　　　　　　　　　 TEL： | |

下記の通り申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ:必ずご記入ください）  氏　　名 | 職名 | 通算の実務経験  年数(※1) | 備考 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　　　　　　　）  　氏名：  年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代 |  | 年 　ヶ月 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ:　　　　　　　　　　）  　氏名：  年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代 |  | 年 　ヶ月 |  |

※１　経験年数は、申込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）