

申込先

F A X : 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28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6年度福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程 チームリーダーコース受講申込書

開催日

8月30日(金)、31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)

申込日 : 令和6年 月 日

受講者情報

フリガナ <b>必須</b>		生年月日	西暦	年	月	日
氏名			【 歳】(受講日時点)	※修了証書発行に必要なため		
職種 (レ点記入)	<input type="checkbox"/> 介護職員・介護福祉士等 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 相談員・支援員等 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師等 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者等 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
勤務先	施設・事業所区分	<input type="checkbox"/> 高齢者   ・ <input type="checkbox"/> 障害者(児)   ・ <input type="checkbox"/> 児童   ・ <input type="checkbox"/> 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 <b>別の住所への送付をご希望の方のみ</b> 、レ点と下記送付先を記入ください。 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 受講者情報と同じ(以下の記入は不要です) <input type="checkbox"/> 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:			