

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 中堅職員コース受講申込書

開催日

8月23日(金)、24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 必須		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 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。 <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:	