

締切:令和4年5月25日(水)17時

令和4年度 レクリエーション・アクティビティ研修会申込書

令和4年 月 日

(公財)かがわ健康福祉機構研修部長 あて

施設・事業所等区分: (該当区分にレ点をご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 救護 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業所 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 軽費 <input type="checkbox"/> その他()
施設・事業所名:	
〒 所在地:	
担当者職・氏名:	TEL:
◆連絡事項は、 <u>メール</u> もしくは、 <u>FAX</u> にて送信いたします。ご希望の受信方法にレ点をご記入ください。	
<input type="checkbox"/> メールアドレス:	
<input type="checkbox"/> FAX:	

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
(フリガナ:) 氏名: 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		年 月	
(フリガナ:) 氏名: 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		年 月	

※1 経験年数は、令和4年4月末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 申込み多数の場合には、先着順とさせていただきます。