

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 : 4月27日(月)

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。



※オンライン申し込みは受け付けておりませんので、ご注意ください。

令和8年度福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程 初任者コース受講申込書

開催日

6月11日(木)、12日(金)【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8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上記は必ずご本人様が記載してください。
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:	