

【島根県福祉人材センター宛 FAX0852-32-5956】 〆切 10月1日(月)

平成30年度 新任介護職員教育担当者育成研修 受講申込書

平成 年 月 日

○法人情報

法人名			
所在地等 ※受講決定通知送付先	〒 -		
	TEL		FAX
担当者名		島根県社会福祉協議会会員の 場合は○印をつけてください。⇒	

○受講者情報 ※受講優先順に記入してください。

優先 順位	所 属	氏 名
1	事業所名	ふりがな
	役職	
2	事業所名	ふりがな
	役職	
3	事業所名	ふりがな
	役職	

■この申込書に記入された個人情報は、本研修会以外の目的に使用しません。