

平成20年度 介護職員記録研修 参加申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 岐阜県社会福祉協議会事務局長 様

下記のとおり受講を申込みします。

参加希望者	ふりがな		年		性	男・女
	氏名		齢	才	別	
	ふりがな					
	勤務先名称					
	勤務所在地	〒 _____				
	連絡先	TEL _____		FAX _____		
	分野	高齢者 障害者 その他				
	役職					
	勤務経験	_____年 _____ヶ月 (平成20年5月末日現在) *現職場(入所施設)の勤務年月をお書きください。				
担当経験	_____年 _____ヶ月 (平成20年5月末日現在) *福祉・介護施設(入所施設)での通算経験年月をお書きください					
受講通知先	勤務先名称					
	役職・氏名					
	勤務所在地	〒 _____				
連絡先	TEL _____		FAX _____			

◎ 6月2日(月)～6月21日(金)必着で本会へ郵送またはFAXにて申込みください。受付期間前の申込みは受けできません。用紙が足りない場合はコピーしてください。*ただし、期間中であっても定員になり次第締切ります。

【個人情報の取り扱いについて】

この申込書に記載された個人情報は、運営管理の目的にのみ使用させていただきます。

*本研修の名簿には、氏名、所属、職種を記載します。

【申込先】 社会福祉法人 岐阜県社会福祉協議会 岐阜県福祉研修センター (担当：丹所)

〒500-8385 岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉・農業会館6階

TEL (058)278-1823 (直通) / FAX(058)276-2571