事業所内職員研修　サポート事業申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　FAX  |
| E－mail |  |
| 担当者名 | ﾌﾘｶﾞﾅ　　　　　　　　　　　　（所属：　　　　　　　） |
| 研修内容 | 主題詳細 |
| 参加予定人数 | 　　　　　　　　　　　　　人 |
| 希望日 | 　　　①令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）　　　②令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）その他の日程の場合で希望曜日があれば　　　曜日 |
| 希望日時 | 　　　時　　　分　　～　　　　時　　　分（　　　時間） |
| 会　場 |  |
| ＊介護技術講師希望人数 | 　　　　　　　　　人 |
| 備　考 |  |

送付先　　公益社団法人神奈川県介護福祉士会　宛

　　　　　　**FAX 　045－322－6678**

　　　　　　E－mail　info＠kanagawa‐accw.org

〒221－0825　横浜市神奈川区反町3－17－2 神奈川県社会福祉センター内5階