

事業所内職員研修 サポート事業申込書

申込日 平成 年 月 日

団 体 名	
住 所	
連 絡 先	TEL _____ FAX _____
E-mail	
担 当 者 名	(所属： _____)
研 修 内 容	
参加予定人数	_____ 人
希 望 日	平成 年 月 日 ()
会 場	
希 望 時 間	_____ 時 分 ~ _____ 時 分 (_____ 時間)
※介護技術の 講師希望人数	_____ 人
備 考	

※介護技術研修のみ

公益社団法人神奈川県介護福祉士会 宛

〒231-0002 横浜市中区海岸通4-23 マリンビル305

TEL 045-319-6687 FAX 045-222-6676

E-mail : info@kanagawa-accw.org