

# 講座・研修 申込書

【申込日】 平成 年 月 日

申 込 先

茨城県福祉サービス振興会

F A X 029-241-6799

\*送信票不要

◎お名前は受講書作成の基本となりますので、楷書にてフリガナもお忘れなくご記入をお願いします

受 講 者	フリガナ			
	氏 名	男 ・ 女		
	*受講決定通知の連絡先			
	<input type="checkbox"/> 勤務先		<input type="checkbox"/> 個人 ( いずれかにチェック☑ )	
	住 所	〒		
	電 話		F A X	
	緊急連絡先 (携帯番号等)	*天候不良、講師の体調不良など急な変更時にご連絡する事があります。		
E-m a i l				
勤 務 先	事業所名			
	事業所種別 *○をつける	特養 老健 通所介護 通所リハビリ 訪介 グループホーム 居宅 その他 ( )		
	職種・役職		福祉関係の 経験年数	
	住 所	〒		
	電 話			
	F A X			

◎お預かり致しました個人情報、個人情報保護法を順守し、研修・講座の受講者管理、また、情報配信管理にのみ使用させていただきます。

以下の研修への参加を申し込みます

講座No.	開催日	講 座 名

- ・開催日の1週間前が締切日ですが、定員に達していない場合は申込可能です。
- ・申込順で受付させて頂いています。定員超過の際は、お断りさせていただく場合もあります。