《 送 信 先 》
（一社）茨城県福祉サービス振興会
ＦＡＸ　０２９－２４１－６７９９
（　送　信　票　不　要　）

メールでのお申し込みは
Iba-kaigo@bh.wakwak.com　まで

研 修 申 込 書

下記研修に申込みいたします。

申込み日 令和　　年　　月　　日

申 込 み 研 修 名

お申込みについて（どちらかに○）　　事業所申込み・　個人申込み

注）事業所申込みの場合、緊急時を除いて事業所に連絡いたします。

フ リ ガ ナ			
氏　名	男 ・ 女		
勤務先			
勤務先の事業種別	特養　老健　デイサービス　デイケア　グループホーム　居宅 訪問介護　サ高住　小規模多機能型　その他［　　］		
職種・役職		福祉関係の経験年数	
連絡先住所	〒		
連絡先TEL		連絡先FAX	
緊急連絡先			
E-mail	※当日使用される機器のアドレスをご記入下さい		
研修参加時の環境について	機器について	パソコン ・ タブレット ・ スマートフォン	
	接続について	有線 ・ Wi-Fi	
	参加場所について	職場 ・ ご自宅 ・ その他（　　）	