

(Aコース)8月19日・(Bコース)9月3日 締切

(一財)O A A fax 078(754)8632

2020年 福祉施設 新任職員フォローアップ研修
受講申込書 (E-mail: czg03047@nifty.com にても可)

法人名
事業所名

申込責任者
所 属()
電話/FAX()

連絡先氏名()

*受付確認通知できる方を記入ください。

| | | | |
|----------------------------------|---|--|-----------------------------|
| ふりがな | | 性 別 | 年 齢 |
| 氏 名 | | 1. 男 2. 女 | 歳 |
| 受講希望 コース | Aコース 8月26日～27日 | Bコース 9月10日～11日 | 「通い受講」 の希望 ・希望する ・しない |
| ふりがな | | T E L | |
| 法人名 事業所名 | | F A X | |
| 職種等 | (介護・保育・事務等・他) (貴事業所在職 年 ヶ月) (他に経験年数ある場合 年) | | |
| 勤務先 所在地 | 〒 | | |
| 事業所 種 別 (該当するものすべてに ○印) | 児 童 | 1. 児童養護施設 2. 乳児院 3. 母子生活支援施設 4. 保育所 5. 認定こども園 6. 障害児施設(入所・通所) その他() | |
| | 障害者 | 7. 施設入所支援 8. 共同生活介護 9. 生活介護 10. 共同生活援助 11. 就労移行・就労継続 12. 地域活動支援センター 13. 相談支援事業所 その他() | |
| | 高齢者 | 14. 特別養護老人ホーム 15. 養護老人ホーム 16. 介護老人保健施設 17. デイサービスセンター 18. 居宅介護支援 19. 地域包括支援センター その他() | |
| | 社 協 | 20. 社会福祉協議会 | その他 |

※個人情報保護法施行に伴うお知らせ

「受講申込書」に記載された個人情報は、本研修業務の運営以外の目的に使用することはありません。

*受付確認後も受講票の送付はありません。当日、会場へお越しください。

*この申込書を(A 4)コピーいただき、1人につき1枚ご記入、送付下さい。