

送信先FAX : 024-521-5663

到着確認捺印

令和2年度 訪問介護適正実施研修Ⅱ 受講申込書

ふりがな		
受講希望者氏名	姓	名

生年月日
(西暦)
年 月 日

性別(性自認)

※の欄は別表コード表より該当するコードを選択して記入してください。

勤務先名称・職名・所在地等	法人名				法人区分コード※	
	勤務先名称				勤務先コード※	
	受講者職種名		職種コード※	現職種年数	福祉職通算年数	
	勤務先所在地	〒	※FAX番号は到着確認送信先をお書きください			
	連絡先	電話	FAX			
申込担当者	ふりがな	その他欄				

1. 申込期間 **令和2年11月30日(月)AM8:30から令和2年12月11日(金)PM5:00まで必ずFAXにてお申込みください。**

- ※1 定員になり次第、申込終了日前でも締切らせていただきます。
- ※2 上記の受付期間外にFAX受信したものについては、申込受付対象外とさせていただきますので、ご了承ください。

2. 申込先 福島県社会福祉協議会 人材研修課 **FAX 024-521-5663**

3. 申込受理 本会で申込を受理した場合は、本用紙上部の『到着確認捺印』欄に受付印を捺印し、FAX(返信先)に返信いたします。
返信FAXが、土日祝日を除く平日で2日たっても届かない場合は、お手数ですが申込先(Tel:024-523-1259)までご連絡ください。

【個人情報について】
この申込書に記載された個人情報は、福島県社会福祉協議会で実施する研修受講者台帳の作成、研修資料資料の作成及び研修履歴管理など、研修事業に関する目的にのみ利用し、他の目的で使用することはありません。

事務局使用欄(記入はしないでください)

--	--	--	--	--