

令和6年度 徳島県権利擁護推進委員養成研修 受講申込書

令和 年 月 日

(申込者) 法人名

事業所等名称

申込担当者

所在地 〒

電話番号

受講者 1

(※上記が受講決定通知の送付先となります)

フリガナ		生年月日	
氏名		役職名	
受講方法	来場 ・ オンライン	日程	西部(8/3) ・ 南部(10/24) ・ 中部(11/16)
mailアドレス			
勤務先	法人名	職務内容	
	事業所名	福祉関係業務 経験年数	
	所在地 〒	資格	1 介護福祉士 5 介護支援専門員
	電話番号		2 社会福祉士 6 実務者研修
	FAX番号		3 看護師 7 介護職員初任者研修
	4 准看護師 8 社会福祉主事任用資格		
	9 その他 ()		
サービス種類	1 介護老人福祉施設	4 特定施設入所者生活介護	7 有料老人ホーム
	2 介護老人保健施設	5 認知症対応型共同生活介護	8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	3 介護療養型医療施設	6 通所介護	9 その他 ()

※該当する番号に○をつけてください。

受講者 2

フリガナ		生年月日	
氏名		役職名	
受講方法	来場 ・ オンライン	日程	西部(8/3) ・ 南部(10/24) ・ 中部(11/16)
mailアドレス			
勤務先	法人名	職務内容	
	事業所名	福祉関係業務 経験年数	
	所在地 〒	資格	1 介護福祉士 5 介護支援専門員
	電話番号		2 社会福祉士 6 実務者研修
	FAX番号		3 看護師 7 介護職員初任者研修
	4 准看護師 8 社会福祉主事任用資格		
	9 その他 ()		
サービス種類	1 介護老人福祉施設	4 特定施設入所者生活介護	7 有料老人ホーム
	2 介護老人保健施設	5 認知症対応型共同生活介護	8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
	3 介護療養型医療施設	6 通所介護	9 その他 ()

※該当する番号に○をつけてください。

※各日程の申込期日までにFAXにてお申込み下さい。

《FAX送信先》

社会福祉法人 健祥会
健祥会プレゼンテーション
所長 藤村 知穂

FAX:088-642-5003

担当: 藤村、佐山 TEL:088-642-5112