

《札幌シニア福祉機構 平成 30 年度 シニアN Learning (短時間)申込書》
 本用紙をコピーし、ご記入いただき、そのままFAXして下さい。

ホームページから申込用紙がダウンロードできます。

お1人様1枚ずつご記入ください。複数の研修申込みが可能です。



研修受講申込み書

研修番号	研修日程		受講希望研修名	
	平成 30 年	月 日		
	平成 30 年	月 日		
	平成 30 年	月 日		
	平成 30 年	月 日		
	平成 30 年	月 日		
受講者氏名	(フリガナ)		性別	満年齢
			男 ・ 女	歳
勤務先種別 (該当箇所にお印)	特別養護老人ホーム・老人保健施設・特定施設入所者生活介護・ 認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・通所介護・訪問介護・ 通所リハ・短期入所・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 定期巡回・随時対応型サービス事業所 【その他 〇】			
経営主体		社会福祉法人・医療法人・NPO法人・株式会社・有限会社・その他()		
※1 か ※2 の どちら かにご 記入く ださい	※1 勤務先	名称 : _____	申込書記入者氏名	
		住所 (〒) _____		
		電話 _____ FAX _____	役職 _____	
※2 自宅 連絡先		住所 (〒) _____	勤務先名称	
		電話 _____ FAX _____		

【※1と※2は、どちらかに記載願います。

事務局から連絡がある場合、記入先に連絡させていただきます。】

※ 1 は、施設・機関からの派遣（復命）研修や外勤扱いの場合

※ 2 は、自主的に参加する場合

【注】ご記入の個人情報は、本研修及び機構の研修運営並びに統計に使用する以外は、ご本人の同意なく開示することは致しません。

お申込み先 F A X 番号 : 011-897-1105

【札幌シニア福祉機構】行き

〒004-0014 札幌市厚別区もみじ台北 6 丁目 2 番 5-2 号 TEL 011-897-1100

※ FAX もしくはメールを送信された時点で申し込み受付となります。

当機構からの連絡は、定員超過によりご参加いただけない場合のみとさせていただきます。あらかじめ、ご了承ください。