Web研修申込書

申込日　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 研修名（ご希望の研修に○をつけてください） | ・接遇研修　　　・職業倫理・認知症の知識と理解 |
| 事業所名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 担当者 | 役職名： |
| 氏　名： |
| 電話番号 | （　 　　　） |
| E-Mail | 　　　　　　　＠ |
| 受講者数 | 　　　　　　　　　名 |
| 研修期間 | 年　　月　　日～ 　　年　　月　　日 |
| その他ご要望・特記事項 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事務局使用欄 |  |  |

【お問合せ先】 福井県介護福祉士会 事務局　TEL 0776-63-5868