

FAX:092-482-0453

この面に必要事項をご記入の上、この面だけを上記まで  
ファクシミリで送信してください。

新規 変更 キャンセル

※該当項目を○で囲む

令和5年度 福岡県介護職員技術向上研修 申込用紙

※必ず記入ください。	事業種別 (該当種別を○で囲む)	訪問系・通所系・小規模多機能・グループホーム・特養・老健 特定施設入居者生活介護・介護医療院・その他( )		
	事業所名			
	事業所所在地	〒 □□□□-□□□□		
	電話番号			FAX番号
	受講に関する案内、天災等による中止や延期の場合、ファクシミリでご案内いたします。「FAX番号」も必ずご記入ください。			
申込責任者	フリガナ			役職名
	氏名			

※受講者の氏名は修了証に反映されます。間違いのないように丁寧に記入ください。  
※「第1希望番号」「第2希望番号」には、中面の日程表にある研修番号をご記入ください。

技術向上研修Ⅰ

(フリガナ)		(フリガナ)		(フリガナ)		(フリガナ)	
(氏名)		(氏名)		(氏名)		(氏名)	
第1希望番号	第2希望番号	第1希望番号	第2希望番号	第1希望番号	第2希望番号	第1希望番号	第2希望番号
番	番	番	番	番	番	番	番

技術向上研修Ⅱ

(フリガナ)		(フリガナ)		(フリガナ)		(フリガナ)	
(氏名)		(氏名)		(氏名)		(氏名)	
第1希望番号	第2希望番号	第1希望番号	第2希望番号	第1希望番号	第2希望番号	第1希望番号	第2希望番号
番	番	番	番	番	番	番	番

技術向上研修Ⅲ

(フリガナ)		(フリガナ)		(フリガナ)		(フリガナ)	
(氏名)		(氏名)		(氏名)		(氏名)	
第1希望番号	第2希望番号	第1希望番号	第2希望番号	第1希望番号	第2希望番号	第1希望番号	第2希望番号
番	番	番	番	番	番	番	番

※受講希望者の氏名とご希望の研修番号を記入ください。

- ※ ご希望の研修番号(日程)が全て満席の場合、お申込みを受け付けできないことがありますので、ご了承ください。
- ※ 5人以上でお申込みをされる場合は、この面をコピーし、必要事項をご記入の上、ファクシミリで送ってください。
- ※ ご記入いただいた個人情報は、本事業以外で使用することはありません。

弊社  
使用欄

《お問合せ先》 麻生教育サービス(株) 医療福祉事業部 人材育成支援課 ☎092-477-3547

※福岡県暴力団排除条例(平成21年福岡県条例第59号)第2条に規定する暴力団員等又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者に該当する場合は、受講することができません。