

令和2年度 福岡県高齢者権利擁護等推進研修  
権利擁護推進員養成研修 受講申込書

施設種別 特養・養護・軽費・ケアハウス・GH  
老健・有料老人ホーム・療養型・小規模  
(該当種別を 印で囲んでください)

法人名 \_\_\_\_\_

施設・事業所名 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

〒 -

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) -

F A X 番号 ( ) -

研修期日 A日程:7月27日(月)・8月 3日(月)・9月 2日(水)  
B日程:8月11日(火)・8月22日(土)・9月18日(金)

No. 県社協 記入欄	日程 希望日程に 印	1日目のみ受講 を希望する場合 は○印	ふりがな	職 種	経験年数
			氏 名		
	A・B				年 月

経験年数は、令和2年7月1日現在で記入してください。

定員になり次第、締め切らせていただきます。定員超過等で受講をお断りする場合は、その旨本会から連絡します。

2名以上の申込みをされる場合には、本申込書をコピーして使用してください。

福岡県社協研修課のホームページを閲覧できない方の緊急連絡先  
ホームページを閲覧できない方のみ緊急連絡先をお知らせください。

T E L - -

研修に参加して、特に学びたい・知りたいと思っていることはどのようなことですか。  
簡潔に記入してください。(Web申込の場合は、備考欄に記入してください。)