福岡県社協　研修課　行（ＦＡＸ ０９２－５８４－３４０２）

**令和２年度 福岡県高齢者権利擁護等推進研修**

**看護実務者研修　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 （　　　　）　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号 （　　　　）　　　　－

**◎研修期日 １０月２６日（月）・１１月１２日（木）・１２月２４日（木）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.**県社協記入欄 | １日目のみ受講を希望する場合は〇印 | **ふりがな** | **職　種** | **経験年数** |
| **氏　名** |
|  |  | 　 |  | 　 年 　 月 |
| 　 |

※　経験年数は、令和２年１０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。 |
| ＴＥＬ　　　　　　－　　　　　　－　　　　　　 |

●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。）