福岡県社協　研修課　行（ＦＡＸ ０９２－５８４－３４０２）

**令和２年度 感染症予防研修（後期）**

**受講申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　施設種別　高齢・障害・児童・保育・社協・その他

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （※該当種別を○で囲んでください）

　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 （　　　　）　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号 （　　　　）　　　　－

　　◎研修期日　Ａ日程：令和２年１０月２０日（火）

Ｂ日程：令和２年１０月２８日（水）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.**県社協記入欄 | **希望日程****いずれかに○印** | **ふりがな** | **職　種** | **福岡県社協研修課ホームページを閲覧できない方のみ☑チェック****入れて緊急連絡先を記入下さい** |
| **氏　名** |
|  | **Ａ ・ Ｂ** | 　 |  | * ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ閲覧不可

連絡先　 － 　　　－　 　 |
| 　 |
|  | **Ａ ・ Ｂ** | 　 |  | * ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ閲覧不可

連絡先　　 － 　　　－　 　 |
| 　 |

※　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。

●感染症予防に関する質問がありましたら、下記欄に記入してください。

可能な限り、講義の中で講師が回答します。（Ｗｅｂ申込の場合は、備考欄に記入）