ＦＡＸ申込先　０１４２－８９－２５５１

メール申込先　koseikai-kensyujigyou@koseikai-wel.or.jp

**社会福祉法人　幸　清　会**

**令和元年度　認知症介護基礎研修受講申込書**

申込日：　令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 第１回 | 令和　１年　５月３０日（木）　　定員３０名（洞爺） | 定員になり次第締め切り |
|  | 第２回 | 令和　１年　８月　８日（木）　　定員３０名（洞爺） |
|  | 第３回 | 令和　１年１０月１６日（水）　　定員３０名（洞爺） |
|  | 第４回 | 令和　２年　１月１５日（水）　　定員３０名（札幌） |
|  | 第５回 | 令和　２年　３月１７日（火）　　定員３０名（洞爺） |

※希望回に○印をご記入下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　　別 | | 男　　・　　女 | |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 | |
| 職　　名 |  | 昼食（洞爺会場のみ） | | 希望（550円）・　　不要 | |
| 経験年数 | 年　　　　ヶ月 | 主な資格 | |  | |
| 法人名 |  | | | | |
| 施設・  事業所名 |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| TEL | －　　　　　　－ | | FAX | | －　　　　　　－ |

※記載漏れや誤りのないよう、ご記入をお願いします。

別に担当者を指定する場合は、下記にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住 所 | 〒 | | | 連絡先  事業所名 |  | |
| 電 話 |  | ＦＡＸ |  | | 職名／担当者 |  |
| メールアドレス | |  | | | | |

【お問合せ先】　社会福祉法人　幸清会　（担当　金児）

〒049-5821　北海道虻田郡洞爺湖町大原105番地1 http://www.koseikai-wel.or.jp

TEL:0142-89-2552 FAX:0142-89-2551 E-mail: koseikai-kensyujigyou@koseikai-wel.or.jp