ＦＡＸ申込先　０１４２－８２－３１２５

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

**社会福祉法人　幸　清　会**

**平成３０年度　認知症介護基礎研修受講申込書**

申込日：平成　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 第１回 | 平成３０年　４月２６日（木）　　定員３０名（洞爺） | ４月１２日締切 |
|  | 第２回 | 平成３０年　６月　４日（月）　　定員３０名（洞爺） | ５月２１日締切 |
|  | 第３回 | 平成３０年　８月２３日（木）　　定員３０名（洞爺） | ８月　９日締切 |
|  | 第４回 | 平成３１年　１月２５日（金）　　定員３０名（札幌） | １月１１日締切 |
|  | 第５回 | 平成３１年　３月２５日（月）　　定員３０名（洞爺） | ３月１１日締切 |

※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（弁当）（550円） | 希望　　　・　　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:0142-82-3325 FAX:0142-82-3125 E-mail: koseikai-kensyujigyou@koseikai-wel.or.jp