**ＦＡＸ（０１７－７３１－３７５６）**

**公益社団法人青森県老人福祉協会　行き**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **「青森県小規模多機能型居宅介護職員研修会」参加申込書**  **申込締切：令和６年９月１３日（金）** | | | | | |
| **参 加 者 ①** | **ふりがな** |  | | **性　別** | **男　・　女** |
| **お　名　前** |  | | **職　名** |  |
| **勤務年数** |  |
| **施設名** |  | | | |
| **課題に感じていること、情報交換したいテーマ・内容を 必ず ご記入ください。**  ※「課題」イコール「他事業所に聞きたい事」ということを想定し、区分けはしませんので、  ご自由にご記入ください。但し、ご記入いただいた内容は要約した上で、当日の情報交換会  の際、他受講者へ提示させていただきますので、予めご了承ください。 | | | | | |
| **参 加 者 ②** | **ふりがな** |  | | **性　別** | **男　・　女** |
| **お　名　前** |  | | **職　名** |  |
| **勤務年数** |  |
| **施設名** |  | | | |
| **課題に感じていること、情報交換したいテーマ・内容を 必ず ご記入ください。**  ※「課題」イコール「他事業所に聞きたい事」ということを想定し、区分けはしませんので、  ご自由にご記入ください。但し、ご記入いただいた内容は要約した上で、当日の情報交換会  の際、他受講者へ提示させていただきますので、予めご了承ください。 | | | | | |
| **《申込担当者》**  **※必ずご記入ください** | | **施 設 名：** | | **担当者名：** | |
| **電　話：** | **FAX：** | | |

**※1　申込担当者欄は諸連絡に必要となりますので、必ず全て記入してください。**

**※2 申込み後に欠席や受講者の変更がある場合はすみやかにご連絡ください。**

**※3 申込書に記載された事項については、個人情報保護法等の規定に基づき、適切に管理を行うものとし、本研修に関する業務以外には使用しません。**

**【お申込み・お問合せ先】**

**公益社団法人青森県老人福祉協会　　担当／福澤**

**〒030-0822　青森市中央３丁目２０番３０号**

**電　話　０１７－７３１－３７５５　ＦＡＸ　０１７－７３１－３７５６**