

## 令和元年度高齢者虐待防止・権利擁護研修 申 込 書

令和元年 月 日

福岡県社会福祉協議会長 様

|                    |           |              |     |
|--------------------|-----------|--------------|-----|
| 事業所<br>名称等         | (運営主体名： ) | 研修申込<br>担当者名 |     |
| 連絡先<br>(事業所)<br>住所 | 〒 -       |              |     |
|                    | TEL       |              | FAX |

◆受講者

|   |       |  |                |     |
|---|-------|--|----------------|-----|
| 1 | フリガナ  |  |                |     |
|   | 氏 名   |  |                |     |
|   | 現在の職種 |  | 現在の職種の<br>経験年数 | 年 月 |
|   | 取得資格  |  |                |     |
| 2 | フリガナ  |  |                |     |
|   | 氏 名   |  |                |     |
|   | 現在の職種 |  | 現在の職種の<br>経験年数 | 年 月 |
|   | 取得資格  |  |                |     |
| 3 | フリガナ  |  |                |     |
|   | 氏 名   |  |                |     |
|   | 現在の職種 |  | 現在の職種の<br>経験年数 | 年 月 |
|   | 取得資格  |  |                |     |

※受講は先着順に決定し、受講できない場合のみ御連絡します。FAXの送信エラーにより申込書が受信できない場合は受講できません。FAX送信確認について十分御注意ください。

※受講者欄が不足する際は、本書をコピーしてください。

|         |     |
|---------|-----|
| ※事務局確認欄 | 受付印 |
|         |     |