

**送信先FAX : 024-521-5663**

到着確認捺印

## 令和元年度 介護の職場内定者向け導入研修 受講申込書

ふりがな		生年月日	性別
受講希望者 氏名	姓	(西暦)	男・女
	名	年 月 日	

勤務先名称・職名・所在地等	法人名				
	勤務先名称				
	希望会場 <small>(○をつけてください)</small>	3月5日(木) <b>福島</b>	3月6日(金) <b>会津</b>	3月10日(火) <b>郡山</b>	3月12日(木) <b>いわき</b>
	勤務先所在地	※FAX番号は到着確認送信先をお書きください			
		電話	FAX		
申込担当者	ふりがな	その他欄			

1. 申込期限 **令和2年2月21日(金) PM5:00まで**

- ※1 定員になり次第、申込終了日前でも締切らせていただきます。
- ※2 上記の申込期限を過ぎてにFAX受信したものについては、受付対象外とさせていただきますので、ご了承ください。

2. 申込先 福島県社会福祉協議会 人材研修課 高根 FAX 024-521-5663

3. 申込受理 本会で申込を受理した場合は、本用紙上部の『到着確認捺印』欄に受付印を捺印し、FAX(返信先)に返信いたします。  
返信FAXが土日祝日を除く平日で2日たっても届かない場合は、お手数ですが申込先(Tel: 024-521-5662)までご連絡ください。

**【個人情報について】**

この申込書に記載された個人情報は、福島県社会福祉協議会で実施する研修受講者台帳の作成、研修資料資料の作成及び研修履歴管理など、研修事業に関する目的にのみ利用し、他の目的で使用することはありません。