施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長名

|  |  |
| --- | --- |
| 受講地区 |  |
| 受講職員 | フリガナ氏　　名 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 |  　　 年　　　　月　　　　日 | 年齢 |  歳 |
| 電話番号(自宅又は携帯) |  |
| 介護福祉士資格取得年月日 |  　　 年　　　　月　　　　日 |
| 勤務先職名 |  | 実務経験年数 |  　 年　　　月 |
| 勤務先電話番号 |  |
| 受講用メールアドレス |  ( このメールアドレスに研修用URLを送ります。 )  |
| インターネット講義で使用する機器 |  □パソコン　　□タブレット ( □貸与希望　□貸与希望しません。 ) 　 |
| 備　考 | (施設内職歴(差し支えない程度)、その他ご意見などをご記入ください。) |

　送付先　　一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

**FAX 045-311-8768**

　又は、 E-mail：koureikyo@kanagawa-koureikyo.or.jp

 **締切　令和5年5月11日**