部署管理者研修受講申込書

　　　　施設名

○　受講申込者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 職　名 | 受講用メールアドレス |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　注 ) Teamsの受講用URLは、他のパソコンに転送すると受講できなくなります。

　　　受講するパソコン ( タブレットも可能 )のメールアドレスを記載してください。

※　申込先　　一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

　　　　　　　　　　　　事務局　ＦＡＸ　０４５－３１１－８７６８

 メールアドレス：k-amk@kanagawa-koueikyo.or.jp

※　申込締切日　令和５年８月14日(月)

受講決定者へは、メールで受講用URLを送ります。