地区研修力支援研修受講申込書

　　　　施設名

○　受講申込者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 職　名 | 現施設での経験年数 |
|  |  | 年　　　　月 |
|  |  | 年　　　　月 |
|  |  | 年　　　　月 |
|  |  | 年　　　　月 |

※　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：koureikyo@kanagawa-koureikyo.or.jp

※　申込締切日　令和５年11月16日(木)