

富山県福祉カレッジ教務課 あて  
富山市安住町5-21(富山県総合福祉会館)  
**FAX 076-432-6516**

カレッジ使用欄 No.

**令和3年度**  
**福祉職員キャリアパス対応生涯研修課程 中堅職員研修【振替分】**  
**受講申込書**

所属名 \_\_\_\_\_

代表者職・氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

担当者職・氏名 \_\_\_\_\_

施設運営法人名  
〔 上記申込元が  
法人である場合 〕  
記入不要

職名	(フリガナ) 氏名	福祉業務従事歴 〔 うち現在の法人・ 施設・事業所 従事歴 〕	性別
	( )	年 ( 年)	男・女
	( )	年 ( 年)	男・女
	( )	年 ( 年)	男・女

※受講決定通知書の送付先は上記住所となります。