令和７年度　終末期ケア研修　受講申込書

　令和７年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **勤務先** | 法　人　名 |  |
| 施　設　名 |  |
| 連　絡　先 | 〒  住所  TEL( ) －　　　　　　/　FAX( ) － |
| 担　当　者 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者 | （ふりがな）  氏　　　名 | （ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職　　名 |  |
| 資　　格  （お持ちの場合） |  |
| 介護・福祉  職歴〈通算〉  （令和７年１０月１日現在） | 年　　　　　　ケ月 |
| 本研修への参加について該当するものに☑をつけてください | □所属の上司等からの指示で参加（職務命令、経費等は所属負担）  □自己研鑽の一環として自ら進んで参加（経費等は所属負担）  □自己研鑽の一環として自ら進んで参加（経費等は自己負担）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備　　　考 | ［その他　連絡先などにご希望がありましたらご記入ください。］ |

〇申込締切　　　　　令和７年１１月２８日（月）

〇受講決定通知　　　令和７年１２月１０日（水）までに、上記住所宛に郵送にて通知します。

　　　　　　　　　　（受講できない場合も通知いたします。）

〇申込み先　　　　　ＦＡＸ番号　　０７６－４３２－６５１６　(田中・清水行)