

[別 紙]

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 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。]

○申込締切 令和7年11月28日(月)

○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。）

○申込み先 FAX番号 076-432-6516 (田中・清水行)