|  |
| --- |
| **令和元年度　終末期ケア研修　受講申込書** |

富山県福祉カレッジ　宛

　ＦＡＸ　０７６－４３２－６５１６

　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **勤務先** | 法　人　名 |  |
| 施　設　名 |  |
| 連　絡　先 | 郵便番号　　 〒　　　　　　－　　　　　　　　　　 　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL( ) －　　　　　　/　FAX( ) －　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 記　入　者 |  |
| **受講希望日****（希望日に○を付けてください）** |  | 第1回　2月2９日（土） |  | 第２回　３月１４日（土） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受講希望者** | 　　 | **（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| 職　　名 |  |
| 資　　格（お持ちの場合） |  |
| 本研修への参加について、該当するものに**☑**を付けてください | □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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※福祉カレッジホームページの利用登録済みの施設等は、ホームページから直接申込みできます。

※受講決定は、上記記載の連絡先住所へ郵送します。

**※　申込締切・・・令和２年１月２０日（月）**