

[別 紙]

令和2年度介護職員のための虐待防止・権利擁護研修 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() -
	担当者	

受講希望者	(ふり) 氏 (かな) 名	ふりがな ()
	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	<input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> その他 ()	

※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3年1月28日（木）