

令和2年度 新任職員待遇・コミュニケーション研修受講申込書

令和2年 月 日

富山県福祉カレッジ教務課 行  
[ FAX:076-432-6516 ]

所属名

代表者職・氏名

住所

TEL FAX

記入者職・氏名

施設運営法人名  
上記「所属」が  
法人の場合は不要

1	(フリガナ) 氏名	( )	職名		性別 男・女	年齢	10代・20代 30代・40代 50代以上
	資格 (あれば)		福祉職場 従事期間 (R2.4.1現在)	ヶ月	受講希望回(1~2の番号)		
					第1希望	第2希望	
2	(フリガナ) 氏名	( )	職名		性別 男・女	年齢	10代・20代 30代・40代 50代以上
	資格 (あれば)		福祉職場 従事期間 (R2.4.1現在)	ヶ月	受講希望回(1~2の番号)		
					第1希望	第2希望	
3	(フリガナ) 氏名	( )	職名		性別 男・女	年齢	10代・20代 30代・40代 50代以上
	資格 (あれば)		福祉職場 従事期間 (R2.4.1現在)	ヶ月	受講希望回(1~2の番号)		
					第1希望	第2希望	

- 1 希望回数は必ず記入してください。
- 2 締切日 8月7日(金)
- 3 受講決定通知書の送付先は記載された住所となります。