［ 別 紙 ］

令和２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(　　)　　－
	担　当　者	

受講希望者	氏（ふり）　名（がな）	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		□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（　　）

※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１２月１０日（木）