

## 令和2年度相談援助技術研修 受講申込書

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	( )		
	職名			
	資格 (お持ちの場合)			
	相談援助 業務歴 (令和2年7月1日現在)	年 月 日	介護・福祉 職歴〈通 算〉	年 月 日
	<本研修への参加に ついて> 該当するものに☑	<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( )		

令和2年7月27日(月)必着でお願いします。

FAX:076-432-6516

富山県福祉カレッジ 教務部(担当:田中)行