

(共通様式)

平成 28 年度 研修受講申込書

研修日	研 修 名
月 日	

平成 年 月 日

青森県立保健大学
地域連携・国際センター長 殿
(FAX 017-765-2021)

代表者名 _____

下記の者に上記研修を受講させたいので申し込みます。

ふりがな 氏 名		福祉業務 経験年数	年
職 名		現職の 在職年数	年
勤務先名			
勤務先住所	〒 _____ Tel _____ Fax _____ メールアドレス _____		
施設別 (○で囲む)	行政機関(県・市町村)／保育所／こども園／児童養護施設／重症心身障害児・者施設／身体障害児・者施設／知的障害児・者施設／精神障害者施設／救護施設／母子生活支援施設／老人福祉施設／デイサービスセンター／在宅介護支援センター／社会福祉協議会／その他()		
備 考			

※福祉業務経験年数及び現職の在職年数については、1年に満たない期間は切り捨ててください。
※氏名、勤務先、勤務先市町村は、名簿として講師にのみ配布させていただきます。同意されない場合は、お申し込み時にお申し出ください。

連 絡 先	
職	_____
氏名	_____
Tel	_____ Fax _____
メールアドレス	_____