

令和3年度 研修受講申込書

研 修 日	研 修 名

年 月 日

公立大学法人青森県立保健大学
 キャリア開発センター長 殿
 (FAX 017-765-2021)

代表者職名・氏名 _____

下記の者に上記研修を受講させたいので申し込みします。

フリガナ			
氏 名			
勤 務 先	名 称		
	所 在 地	〒 _____	
務	職 名	福祉業務経験年数	年
		現職の在職年数	年
先	T E L	F A X	
	メールアドレス		
事業所区分 (○で囲む)		行政機関(県・市町村) / 保育所 / こども園 / 乳児院 / 児童養護施設 / 障害児入所施設(福祉型・医療型) / 障害者支援施設 / 救護施設 / 障害福祉サービス事業所 / 老人福祉施設 / デイサービスセンター / グループホーム / 社会福祉協議会 / その他 ()	
備 考			

- 注) ・ 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「0」としてください。
 ・ 氏名、勤務先、勤務先住所は、名簿として講師にのみ配付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。
 ・ 受講料の口座振込を希望される場合は、備考欄にその旨を記入してください。
 ・ 新型コロナウイルスの感染又は感染が疑われる方と判断した場合は、保健所等公的機関へ氏名・連絡先を提供する可能性がありますので、御了承ください。

担当者連絡先
職名 _____
氏名 _____
TEL _____ FAX _____
メールアドレス _____