

(共通様式)

平成 31 年度(2019 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
地域連携・国際センター長 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	〒 ー	
	職 名	福祉業務経験年数	年
		現職の在職年数	年
	T E L	F A X	
	メールアドレス		
所 属 別 (○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。

担当者連絡先

職名 _____
氏名 _____
TEL _____ FAX _____
メールアドレス _____
