|  |
| --- |
| （福）福井県社会福祉協議会　福祉人材課　宮川　行　　（FAX 0776－24－0063）Mail: jinzai-center@f-shakyo.or.jp※メールで送付いただく場合は、タイトルに「【申込】介護入門的研修」と記載してください。 |

令和７年度　介護人材確保定着総合推進事業

中学・高校教員向け介護に関する入門的研修

受講申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－　　　 | 申　　　込担当者名 |  |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |

※上記所在地あてに受講決定通知・資料等をお送りします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | （ふりがな）氏　　名 | 役職等 | 生年月日※ | メールアドレス |
| 1 |  |  | （昭和・平成）　　　年　　　月　　　日 |  |
| 2 |  |  | （昭和・平成）　　　年　　　月　　　日 |  |
| 3 |  |  | （昭和・平成）　　　年　　　月　　　日 |  |
| 4 |  |  | （昭和・平成）　　　年　　　月　　　日 |  |
| 5 |  |  | （昭和・平成）　　　年　　　月　　　日 |  |

※欄が不足する場合はコピーしてご使用ください。

※生年月日は、修了証明書発行の目的にのみ使用します。

**《申込締切　　令和７年９月３０日（火）》**