

※本票のみFAX送信してください。(送信票不要)

受 付
(研修センター記入欄)

大分県社会福祉介護研修センター 小林宛

FAX (097) 552-6868

締切：令和3年11月5日(金)必着

令和3年度 排泄初級セミナー&摂食・嚥下セミナー合同スキルアップ研修
参加申込書

フリガナ 氏 名	年齢 歳	資 格	経験年数 年 月	セミナー受講の有無 (該当するものに○をし、 受講年度を記載してください)	
				摂食・嚥下セミナー 年度	排泄初級セミナー 年度
					どちらも受講していない

メールアドレス	(わかりやすいように、楷書でご記入ください)
---------	------------------------

法 人 名	
事 業 所 名	
事 業 所 住 所	
連 絡 先 (*個人で申込まれる方は、 昼間連絡の取れる番号を ご記入ください。)	担当者名：
	TEL () —
	FAX () —

※記載された受講者に関する個人情報、受講者名簿の作成等、研修事業関連の目的にのみ使用することとし、他の目的で使用することはありません。

★研修で検討してもらいたい事例があれば、ご記入ください。