

FAX締切：1月28日（金）

※受講決定印（センター記載）

### 令和3年度 第2回福祉用具・介護ロボット等研修 受講申込書

申込日	年 月 日		
ふりがな			
氏名		年 齢	歳
職種		役職	
勤務先名			
勤務先住所	〒		
	電話番号	:	FAX :
研修形式希望	<input type="checkbox"/> 集合研修 <input type="checkbox"/> オンライン研修		
事前に講師への質問がございましたら、こちらにご記入ください。 (多数の質問が寄せられた場合、事務局にて選定させて頂く場合がございますので、ご了承ください)			

オンライン研修を希望される方は、以下の欄をご記入ください。

(フリガナ)	@
メールアドレス	@
注意点	※PCのメールアドレス (yahoo、gmail等) をご記入ください。(キャリアメール不可) ※間違えやすい文字 (「-」と「_」、 「1」と「l」、 「0」と「o」、 「9」と「q」等) があるため、フリガナをつけてください。
zoomについて	<input type="checkbox"/> 利用したことがある <input type="checkbox"/> 利用したことはないが、周りに利用できる人がいる <input type="checkbox"/> 利用したことがなく、周りにも利用できる人がいない

※申込者の個人情報は、研修会のための目的で使用し、他の目的で使用することはありません。

大分県社会福祉介護研修センター

TEL : 097-552-6888

FAX : 097-552-6868

高橋 宛