送信先: 一般社団法人　福島県介護支援専門員協会　事務局　宛

ＦＡＸ　　０２４－９２４－７２０２　添書不要

平成３０年度キャリア形成支援事業
申　込　書

平成　　年　　月　　日

事業所名称	
住所 連絡先	〒 ＴＥＬ；　　ＦＡＸ；
担当窓口者名	
研修会場 （予定）	会場が確定している場合はご記入ください。又は後日決定次第お知らせください。
研修会場 住所	研修会場が事業所住所と異なる場合ご記入ください。 〒
所属会員の有無	事業所内の県協会会員の氏名（代表者1名）
参加人数 （予定）	おおまかな人数で結構ですので、予定人数をご記入ください。
希望研修 カリキュラムの研修名を記入	
講師の希望 氏名を記入	
	※　希望の日時は必ず第３案までご記入ください
開催日・時間 第１案	年　月　日（　） AM/PM　：　～ AM/PM　：
開催日・時間 第２案	年　月　日（　） AM/PM　：　～ AM/PM　：
開催日・時間 第３案	年　月　日（　） AM/PM　：　～ AM/PM　：
その他、本事業に関する意見・要望などがあれば、ご記入ください	