

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

## 令和元年度キャリア形成支援事業 申 込 書

令和 年 月 日

事業所名称	
住所 連絡先	〒  TEL ; <span style="float: right;">FAX ;</span>
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	
	<b>※ 希望の日時は必ず第3案までご記入ください</b>
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	