

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2年度キャリア形成支援事業 申 込 書

令和 年 月 日

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 ( ) 【 一研修 ・ 二研修 】 AM/PM : ~ AM/PM :
開催日・時間 第 2 案	年 月 日 ( ) 【 一研修 ・ 二研修 】 AM/PM : ~ AM/PM :
開催日・時間 第 3 案	年 月 日 ( ) 【 一研修 ・ 二研修 】 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	

※ 開催時間について、事前に打合せ等が必要な場合にはその時間も含めてご記入ください。  
但し打合せを含めて2時間を超える場合は二研修分の申し込みとなります。