**令和元年度「（中丹）福祉即戦力人材養成科」**

＜別紙＞

**実習受入事業所／実習指導者向け研修会　申込書**

**※複数事業所で受入可能な場合は、１事業所につき１枚ご提出ください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | | | |
| 受　　入  事業所名 |  | | | | | | |
| 施設長名 |  | | | | | | |
| 受入事業所  住所　／　連絡先 | 〒 | | | | | | |
| ＴＥＬ | |  | ＦＡＸ | |  | |
| ＵＲＬ | |  | | | | |
| 最　寄　の  公共交通機関 | (例：　JR山陰線「●●駅」徒歩５分／バス「●●」徒歩３分) | | | | | | |
| 担当者 | 所属／役職 | |  | | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| Email | |  | | | | |
| 受入事業所の種別  （チェックをお願いします） | □　高齢　 　□　障害　 　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 受入事業所の  サービス内容 | （例：　特別養護老人ホーム、デイサービス、障害者生活介護　など） | | | | | | |
| 研修会参加日 | 中丹：　令和元年10月25日  会場：　中丹勤労者福祉会館 第10会議室  時間：　14：00～16：00 | | | | | | |
| 参加者氏名 | 氏名 |  | | | 氏名 | |  |
| 役職名 |  | | | 役職名 | |  |
| **中丹** | | | | | | |
| □1クール1２月１０日(火)～１２月１８日(水) 内６日間  □2クール１月７日(火)～１月１４日(火) 内６日間 | | | | | | |
| 受入可能人数 | 1クールにつき　　　　　　　　　　　　　　　名 | | | | | | |

**平成２７年３月２３日(月**

|  |
| --- |
| **令和元年10月18日（金)　午前中　までに FAXにてお申し込み下さい** |
| **【お申込先】**　**ＦＡＸ　０７７３（２２）２８１８** |