

令和7年度 徳島県権利擁護推進委員養成研修 受講申込書

令和 7年 月 日

(申込者) 法人名

事業所等名称

申込担当者

所在地 〒

電話番号

受講者 1

(※上記が受講決定通知の送付先となります)

フリガナ				生年月日				
氏 名				役職名				
受講方法		来場 ・ オンライン		日程		西部(9/24) ・ 南部(10/24) ・ 中部(11/15)		
mailアドレス								
勤務先	法人名			職務内容				
	事業所名			福祉関係業務 経験年数				
	所在地	〒		資格	1	介護福祉士	5	介護支援専門員
					2	社会福祉士	6	実務者研修
					3	看護師	7	介護職員初任者研修
					4	准看護師	8	社会福祉主事任用資格
電話番号			9	その他 ()				
FAX番号								
サービス種類	1	介護老人福祉施設	4	特定施設入所者生活介護	7	有料老人ホーム		
	2	介護老人保健施設	5	認知症対応型共同生活介護	8	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
	3	介護療養型医療施設	6	通所介護	9	その他 ()		

※該当する番号に○をつけてください。

受講者 2

フリガナ				生年月日				
氏 名				役職名				
受講方法		来場 ・ オンライン		日程		西部(9/24) ・ 南部(10/24) ・ 中部(11/15)		
mailアドレス								
勤務先	法人名			職務内容				
	事業所名			福祉関係業務 経験年数				
	所在地	〒		資格	1	介護福祉士	5	介護支援専門員
					2	社会福祉士	6	実務者研修
					3	看護師	7	介護職員初任者研修
					4	准看護師	8	社会福祉主事任用資格
電話番号			9	その他 ()				
FAX番号								
サービス種類	1	介護老人福祉施設	4	特定施設入所者生活介護	7	有料老人ホーム		
	2	介護老人保健施設	5	認知症対応型共同生活介護	8	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
	3	介護療養型医療施設	6	通所介護	9	その他 ()		

※該当する番号に○をつけてください。

※各日程の申込期日までにFAXにてお申込み下さい。

《FAX送信先》

社会福祉法人 健祥会

健祥会プレゼンテーション

所長 藤村 知穂

FAX:088-642-5003

担当: 藤村、佐山

TEL:088-642-5112