専門職研修受講申込書（FAX用）

(希望人数が多数の場合は必要枚数コピーして使用してください)

FAX番号**（０７７６）９７－５０３７**　福井県立すこやかシルバー病院　介護教育部

|  |  |
| --- | --- |
| ※研修会テーマ名（研修番号でも可） |  |
| ※研修開催日 | **令和　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日** |
| 受講者の情報を記入 | ※所属施設名（所属部署名等も記入ください） |  |
| ※郵便番号 | **〒　　　　　　　-** |
| ※住所 |  |
| ※電話番号 |  |
| ※FAX番号（２４時間送信可能な番号を記入ください） | **（　　　　　　　　　　）　　　　　　　-** |
| 申し込み担当の方がいる場合は担当者氏名を記入ください。 |  |
| １ | ※受講者氏名 |  |
| ※職種 |  |
| ※実務経験年数 |  |
| ２ | ※受講者氏名 |  |
| ※職種 |  |
| ※実務経験年数 |  |
| ３ | ※受講者氏名 |  |
| ※職種 |  |
| ※実務経験年数 |  |

※の項目は必ず記入してください。

ホームページで空席状況をご確認の上、申し込みを行ってください。

数日経過後も「受講承認通知」の返信がない場合はお問い合わせください。　TEL（0776）98-2700