平成30年度第２回　高齢者住みかえ支援相談員養成講座

申　込　書

（□に✔をつけてください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| 申込日 | 平成　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | |
| フリガナ |  |  |  |  |  |
| お名前 |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | （西暦）　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | |
| 職業 | □経営者　□管理者　□介護職員　□生活相談員　□看護職員　□ケアマネジャー □不動産業者　□施設紹介業者　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 勤務先 |  | | | | |
| 勤務先住所 | 〒 | | | | |
| 業種 | □居宅介護支援　□訪問介護　□通所介護　□特定施設　□特別養護老人ホーム  □施設紹介業　 □不動産業　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 連絡先ＴＥＬ | －　　　　－ | | 連絡先ＦＡＸ | －　　　　－ | |
| E - m a i l |  | | | | |
| 本研修をどこで 知りましたか。 | □振興会HP　　　□振興会ﾒｰﾙ　　　□チラシ　　□他の研修参加時  □会社からの紹介　　□推進機構HP　　□推進機構ﾒｰﾙ  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |

※先着順に受付をいたします。受付後、事務局から連絡をいたします。

※ご記入いただきました個人情報は、当機構の個人情報保護方針に基づき厳重に管理し、本研修の運営のために適切に取り扱います。

**申　　込　　先**

かながわ福祉居住推進機構　高齢者住みかえ支援相談員養成講座事務局宛てに**ＦＡＸ**でお申込みください。

送信先ＦＡＸ：**045-264-4785**　申込期限：1月15日(火)