**----------------------------------------------------------------------------------------------**

高齢者住みかえ支援相談員フォローアップ研修会　参加申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 期　　日 | 会　　　　場 | 時　　　間 | 第１希望 | 第２希望 |
| 平成30年10月２３日（火） | かながわ福祉サービス振興会セミナールーム | ９：３０－１２：００ |  |  |
| １３：３０-１６：００ |  |  |

* 受講受付後、いずれかの時間に振り分けます。ご希望をする時間帯に〇印を

記載してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（□に✔をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| お名前 |  |
| 職業 | □経営者　□管理者　□介護職員　□生活相談員　□ケアマネージャー□宅地建物取引士　□事務職　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務先 | 名称 |
| 所在地 |
| 業種 | □居宅介護支援　□訪問介護　□通所介護　□特定施設　□特養□施設紹介業　□不動産業　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | e-mailTEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　 |
| 修了期（〇印を） | 平成26年４月 | 平成26年１０月 | 平成27年１１月 | 平成28年 11月 | 平成２９年　　　11月 | 平成30年　　　　　3月 |
| 相談実績 | ５０件以上　　□２５件以上　　□１０件以上　　□１０件未満　　□なし |

※先着順に受付をいたします。１０月９日ころに事務局から「受講受付券」をe-mail、

ＦＡＸ、または郵便でお送りいたします。

※ご記入いただきました個人情報は、当振興会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。

**送信先FAX：０４５－２６４－４７８５**

**一般社団法人かながわ福祉居住推進機構**