令和４年度　第１回高齢者住みかえ支援相談員養成講座　**FAX申込書**

お申込方法： 必要事項をご記入の上、下記番号までFAXしてください。
先着順に受け付けます。受付後、事務局からご連絡いたします。

お申込期限： 令和４年８月１２日（金）

|  |
| --- |
| 送信先FAX番号：　**045-264-4785** |

（□に✔をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 　年月日 |
| フリガナ |  |  |
| お名前 |  |  |
| 生年月日 | 　年月日 |
| 職業 | □経営者　□管理者　□介護職員　□生活相談員　□看護職員　□ケアマネージャー□不動産業者　□施設紹介業者　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 勤務先名称 |  |
| 業種 | □居宅介護支援　□訪問介護　□通所介護　□特定施設・サービス付き高齢者向け住宅□特別養護老人ホーム　□不動産業　□施設紹介業　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先 | E-mail （□勤務先　□個人）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |
| FAX （□勤務先　□個人） |
| 緊急連絡先 | TEL （□勤務先　□個人） |

※ ご記入いただいた情報は、当機構の個人情報保護方針に基づき厳重に管理し、本講座の運営のために適切に取り扱います。

一般社団法人かながわ福祉居住推進機構

〒231-0023　横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階／TEL： 045-264-4784