**ＦＡＸ（０１７－７３１－３７５６）**

**公益社団法人青森県老人福祉協会　行き**

|  |
| --- |
| **「デイサービスセンター職員スキルアップ研修会」参加申込書****申込締切：令和６年６月１４日（金）** |
| **参****加****者****①** | **ふりがな** |  | **性　別** | **男　・　女** |
| **お　名　前** |  | **職　名** |  |
| **勤務年数** |  |
| **勤　務　先** |  | **勤　務　先****所在市町村** |  |
| **参****加****者****②** | **ふりがな** |  | **性　別** | **男　・　女** |
| **お　名　前** |  | **職　名** |  |
| **勤務年数** |  |
| **勤　務　先** |  | **勤　務　先****所在市町村** |  |
| **参****加****者****③** | **ふりがな** |  | **性　別** | **男　・　女** |
| **お　名　前** |  | **職　名** |  |
| **勤務年数** |  |
| **勤　務　先** |  | **勤　務　先****所在市町村** |  |
| **《申込担当者》****※必ず記入してください** | **施 設 名：** | **担当者名：** |
| **電話：** | **FAX：** |
| **参　加　区　分****※いずれかに☑印を****記入して下さい。** | **□　正会員** | **□　非会員** |

**※1 申込締切後、１週間程度で申込担当者あてに申込受付確認のFAXをお送りいたします。**

**※2 申込み後に欠席や受講者の変更がある場合は速やかにご連絡ください。**

**※3 申込書に記載された事項については、個人情報保護法等の規定に基づき、適切に管理を行うものとし、本研修に関する業務以外には使用しません。**

**【お申込み・お問合せ先】**

**公益社団法人青森県老人福祉協会　　担当／福澤**

**〒030-0822　青森市中央３丁目２０番３０号**

**電　話　０１７－７３１－３７５５**

**ＦＡＸ　０１７－７３１－３７５６**