送信先：三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課　行

FAX：059-222-0305

令和　　年　　　月　　　日

**令和３年度 自主企画研修【社会福祉施設職員等対象研修A-8】**

**「介護記録の理解　記録の基礎」**

**参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 施　設　名 |  |
| 記入者氏名 |  |
| 申込法人・施設住所  連絡先 | 〒  TEL：　　　　　　　　　　　　　FAX： |
| **視聴情報送付先E-mail**  （はっきりとわかるように記載ください。） |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 動画公開期間 | **令和3年8月27日（金）13：00～16：00** | | |
| フリガナ | 職　名 | 所 属 施 設 | 福祉職場経験年数（通算） |
| 受講者氏名 |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

本申込書を送付いただいた後、請求書の振込先に受講料を振り込んでください。

申込締切は**令和3年8月10日（火）17：00まで**です。

振込期限は**令和3年8月17日（火）**ですので必ず期限までにお支払いください。

ご記入いただいた個人情報は、本研修事業の運営に関わること以外には使用いたしません。

　申込は、人数単位での申込をお願いします。1つの端末で複数人で視聴する場合も、必ず受講人数分の申込および受講料のお支払いをしていただくようお願いいたします。

* 申込欄が不足する場合は、本書類を複製してご記入ください。

【お申込・お問合せ先】〒514-8552　三重県津市桜橋2丁目131　三重県社会福祉会館2階

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会　福祉研修人材部　福祉育成支援課

TEL：059-213-0533 / **FAX：059-222-0305**