

【送付先】

公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 行

ファックス：045-227-5691

郵送：〒231-0023 横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階
神奈川県指定情報公表センター宛て

令和元年度神奈川県介護サービス情報公表制度調査員養成研修申込書

令和元年 月 日

ふりがな				
氏名				
生年月日	西暦 年 月 日生まれ（満 歳）			
住所（自宅）	〒 -			
電話・FAX	電話 - -		FAX - -	
電子メール	@			
PCの活用状況	ご自宅にインターネットに接続できるPCがあり、メールやインターネットを使用することが できる／できない（どちらかに○） ※調査業務を行う上で必要です。			
福祉・医療関連の業務経験 ※該当するものがある場合にご記入ください。	施設、事業所又は医療機関名			
	従事期間	年 月～ 年 月まで	年 月～ 年 月まで	年 月～ 年 月まで
	業務内容			
福祉・医療関連の資格 ※該当するものがある場合にご記入ください。				
応募動機				

※福祉・医療関連の業務経験や資格については、確認できる書類を提出していただくことがあります。

何にご覧になって調査員養成研修をお知りになりましたか。（複数選択可）

ウェブサイト ロコミ その他（ ）