

【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

お申込みは web 申込フォームが簡単です！

★web 申込フォームはこちら★

右記 QR コードを読み取ってください



令和 3 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

※必須項目

令和 3 年 月 日

※ふりがな				※生年月日			
※氏 名				※西暦	年	月	日（満 歳）
※住所（自宅）	〒 —						
電話・FAX	※電話 — —			FAX	— —		
※電子メール	@						
※PC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							
※★オンライン演習講義受講希望日※希望日に○をつけてください 各回 35 名程度、日にちを確約するものではありません () 8 月 3 日（火） () 8 月 4 日（水） () どちらでもよい							
★テキスト申込 全 20 冊 3,600 円（税込み※実費負担、配送料含む） 購入希望の方は、受講決定通知と同封の払込用紙をご使用の上、お支払いください。（※振込み時にかかる費用は振込み者の負担となります。※納入されたテキスト代は返金できません。）						希望する ・ 希望しない	

※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。

■受講決定通知は令和 3 年 7 月 1 日（木）以降発送致します。

※定員を超える申し込みがあった場合は書類選考します

■何を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 ☐口コミ ☐県のたより ☐その他（ ）