

【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 4 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 4 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 20 名程度、日にちを確約するものではありません () 8 月 3 日 (水) () 8 月 4 日 (木) () どちらでもよい | | | | |
| ★テキスト申込 全 25 冊 4,300 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 4 年 6 月 29 日 (水) 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 ()