参加申し込み用紙

**中央介護福祉専門学校　　　　　研修担当　　平山　行**

**ＦＡＸ返信用紙**０４３（２４２）２５６２

**「介護キャリアアップ研修」**

～新カリキュラムに沿った介護実習指導の研修～

* **参加費は無料です**

|  |  |
| --- | --- |
| **研修日** | **令和６年７月２０日（土）、8月１７日（土）****※　この研修は2日間の参加が必要です** |
| 参加人数合計 | **名** |
| （ふりがな）参加者氏名 | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 施設・事業所名　　　称 |  |
| 住　　　所 |  |
| **連絡先****＊必須** | 電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）ＦＡＸ番号（　　　　　　　　　　　　　　　　） |