

令和3年度 神戸市「ICTを活用したスキルアップ・福祉の仲間づくり」研修 受講申込書

令和3年 月 日

フリガナ		生年月日	年	月	日生
氏名					
勤務先		勤務先電話番号	—	—	
勤務先メールアドレス					
現勤務先での実務経験年数		年	ヵ月		
介護業務の通算経験年数		年	ヵ月		
職 種					
この研修 で学びたいこと					

《施設代表者記入欄》

スキルアップ・福祉の仲間づくり研修の趣旨を理解し、受講対象者としてふさわしいことから上記の者を研修受講者として推薦します。

推薦事由：

施設所在地

法人名

施設名

施設代表者職・氏名

印

担当者職・氏名

連絡先 (TEL)

(FAX)

※受講申込書に必要事項を全て記入の上、施設・事業所を通して提出してください。